

Untersuchungen zur
TUMORNACHSORGE

anhand der Zusammenarbeit
zwischen niedergelassenen Ärzten
und der Medizinischen Poliklinik
der Universität München

Thomas Weber

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität München
Vorstand Prof. Dr. N. Zöllner

Untersuchungen zur

T u m o r n a c h s o r g e

anhand der Zusammenarbeit
zwischen niedergelassenen Ärzten und der
Medizinischen Poliklinik der Universität München

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
T h o m a s W e b e r
aus
München
Jahr
1986

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. R. Hehlmann

Mitberichterstatter: Prof. Dr. D. Hölzel
Prof. Dr. H. Ehrhart

Mitbetreuung durch den ---
promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 11. Dezember 1986

Danksagung

Mein Dank gilt vor allem Herrn Prof. Dr. R. Hehlmann für die Überlassung des Themas, sein stetes Interesse am Fortgang der Arbeit und die konstruktive und geduldige Betreuung.

Weiterhin möchte ich mich besonders bedanken bei

Herrn Prof. Dr. D. Hölzel und
Herrn Prof. Dr. H. Ehrhart
für die freundliche Übernahme des Korreferates,

Herrn Dr. Ch. Thieme
für zahlreiche wertvolle Anregungen,

den Mitarbeitern des Tumorzentrums München
und vielen anderen
für ihre Hilfe und wohlwollende Unterstützung.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	1
II. Begriffsbestimmungen	3
III. Untersuchungsziele und -methoden	6
1. Zielgruppe Ärzte	6
2. Zielgruppe Patienten	7
3. Zielgruppe Tumorzentren	7
IV. Auswertung und Diskussion	10
1. Ärztebefragung	10
1.1 Kennzeichen der Ärzte und Verteilung der Tumorpatienten	11
1.2 Status quo und Verbesserung der Zusammenarbeit und Nachsorge	16
1.3 Aufklärung des Tumorpatienten	25
1.4 Wertung und Schlußfolgerungen	27
2. Patientenbefragung	28
2.1 Befragungsprobleme	30
2.2 Status quo der Betreuung	30
2.3 Verbesserung der Nachsorge	32
2.4 Wertung und Schlußfolgerungen	36
3. Nachsorgemodelle der Tumorzentren und Kassenärztlichen Vereinigungen	37
3.1 Baden-Württemberg	39

	Seite
3.1.1 Nachsorgemodell Baden-Württemberg	39
3.1.2 Nordbaden	41
3.1.2.1 Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim	42
3.1.2.2 Nachsorgeprojekt Nordbaden	44
3.1.3 Nachsorgemodell Südbaden	46
3.1.4 Tumorzentrum Ulm	48
3.1.4.1 Nachsorgekonzept der Abteilung für Gynäkologie	48
3.1.4.2 Nachsorgekonzept der Abteilung für Allgemeine Chirurgie	48
3.2 Berlin	49
3.3 Hamburg	51
3.4 Hessen	55
3.4.1 Tumorzentrum Rhein-Main	55
3.4.2 Darmstädter Modell	56
3.5 Niedersachsen	57
3.5.1 Tumorzentrum Hannover	57
3.5.2 Tumorzentrum Göttingen	59
3.6 Nordrhein-Westfalen	61
3.6.1 Tumorzentrum Aachen	62
3.6.2 Programmierte Gesamtbetreuung im Tumorzentrum Bonn	63
3.6.3 Tumorzentrum Köln	65
3.6.4 Tumorzentrum Münster	67
3.7 Saarland	69
3.8 Schleswig-Holstein	71
3.9 München	73

	Seite
4. Vergleichende Betrachtung der Nachsorgemodelle und Schlußfolgerungen	77
4.1 Übersichtstabelle (Faltblatt)	79
4.2 Nachsorgepaß	80
4.3 Standardisierte Dokumentationsbögen und Nachsorgeorganisation	83
4.3.1 Dokumentationsbögen	83
4.3.2 Nachsorgeorganisation	87
4.4 Fortbildungsveranstaltungen	90
4.5 Fortbildungsschriften	90
4.6 Telefonisches Tumorkonsil	92
4.7 Onkologische Arbeitskreise/ Projektgruppen	93
4.8 Psychosoziale Betreuung	94
4.9 Nachsorgekliniken	94
V. Zusammenfassung	95
VI. Literaturverzeichnis	98
VII. Anhang	100

A n h a n g

	Seite
Nachsorgepaß Nord-Württemberg	101
Dokumentationsbögen des Nachsorgepasses Nord-Württemberg	102
Standard-Nachsorgeprogramme Nord-Württemberg	103
Nachsorgebögen des Krankenhauses Rohrbach (S.1 und 2)	104
Nachsorgebögen des Krankenhauses Rohrbach (S.3 und 4)	105
Nachsorgeaufforderungen des Krankenhauses Rohrbach	106
Titelblatt der Schriftenreihe des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim und Gliederung des Heidelberger Onkologischen Arbeitskreises	107
Nachsorgepaß Nordbaden	108
Nachsorgeschemata Nordbaden	109
Onkologische Dokumentationsbögen Nordbaden	110
Folgerhebungsförmular des Tumorzentrums Freiburg	111
Nachsorgeerhebungsformular des Tumorzentrums Freiburg	112
Skizze zum Nachsorgekonzept Ulm und Nachsorge- Einlegeblatt der Universitätsfrauenklinik Ulm	113
Nachsorgepaß und -schema Berlin	114
Merkblatt für Ärzte des Tumorzentrums Berlin (S.1 und 2)	115
Merkblatt für Ärzte des Tumorzentrums Berlin (S.3 und 4)	116
Merkblatt für Patienten des Tumorzentrums Berlin	117
Onkologischer Dokumentationsbogen Hessen und Einverständniserklärung des Patienten	118
Skizze zum Darmstädter Modell	119

Nachsorgebogen der Tumorzentren Hannover und Göttingen und des onkologischen Arbeitskreises Göttingen	120
Folgeerhebungsformular des Tumorzentrums Aachen	121
Nachsorge-Checklisten des Tumorzentrums Bonn	122
Skizzen zum Kooperativen Nachsorgemodell Bonn	123
Erhebungsbogen zu Therapiefolgen bei Chemo- therapie des Tumorzentrums Bonn	124
Nachsorgebogen des Tumorzentrums Münster	125
Skizzen zu den Arbeitskreisen und zur Programmierten Tumornachsorge der Saar- ländischen Krebszentrale	126
Formular über Patientenaufklärung der Medi- zinischen Universitätsklinik und Poliklinik Homburg/Saar	127
Ersterhebungsbogen für die Nachsorge des Tumorzentrums Kiel	128
Nachuntersuchungsbogen des Tumorzentrums und Terminliste des Nachsorgeregisters Kiel	129
Benachrichtigungsschreiben der Nachsorge- schwestern des Tumorzentrums Kiel für niedergelassene Ärzte und Patienten	130
Nachsorgekalender Bayern	131
Übersichtskarte zum Nachsorgeterminkalender des Tumorzentrums München	132
Standardisierter Kurzarztbrief des Tumor- zentrums München	133
Skizze zum Informationsverbund des Tumorzentrums München	134

I. Einleitung

Die Behandlung von Tumorpatienten ist während der letzten 25 Jahre durch neue und zum Teil sehr komplexe Therapien erweitert worden. In vielen Fällen wurde eine Lebensverlängerung dieser Patienten erreicht - mit der sich daraus ergebenden Notwendigkeit einer längeren Weiterbetreuung. Diese Weiterbetreuung umfaßt eine Vielzahl von allgemeinen und speziellen Maßnahmen, die ständig neuen Erkenntnissen angepaßt werden müssen. Sie erfordert eine adäquate Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsträgern, insbesondere zwischen Klinik und Hausarzt des Patienten. Auch unter dem Aspekt der Verbesserung der Lebensqualität für den Patienten wird die Betreuung in jüngster Zeit vermehrt ambulant durch niedergelassene Ärzte, Polikliniken und - zum Teil neu eingerichtete - Tumorambulanzen an Universitätskliniken durchgeführt.

Auf Grund der vielfach erreichten Lebensverlängerung kommt der Multimorbidität der Tumorpatienten eine steigende Bedeutung zu. Weit mehr als 50 % aller Krebskranken sind älter als 60 Jahre und bedürfen einer allgemeinärztlich-internistischen Überwachung und Betreuung in bezug auf weitere Erkrankungen. Diese können unter Umständen ebenfalls für die Lebenserwartung relevant werden. Im Vordergrund stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus aber auch chemotherapiebedingte - noch weitgehend unerforschte - Folgeerkrankungen. Primär ambulante Patientenversorgung und allgemein-internistische Betreuung sind zwei Kennzeichen der Medizinischen Poliklinik.

Die enge Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten ist bei einer gemeinsamen ambulant Langzeitversorgung oder Nachsorge der Tumorpatienten von besonderer Bedeutung, gerade auch, weil unterschiedliche diagnostische und therapeutische Schwerpunkte bestehen. Zu den wichtigen Teilbereichen dieser Kooperation zählen die gegenseitige Information, das Abstimmen der einzelnen Maßnahmen und die Fortbildungsfunktion der Poliklinik.

Am allermeisten wird letztlich der Patient von einer kollegialen Zusammenarbeit der betreuenden Ärzte profitieren. Unterschiedliche Aufklärung über seine Erkrankung, unterlassene oder überflüssige Diagnostik und inadäquate Therapie können für ihn zusätzliches Leid bedeuten.

Um die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in Klinik und Praxis bei der Tumornachsorge zu verbessern, kann man versuchen, konkrete Kritikpunkte der Beteiligten zu erfassen und daraus Veränderungsmöglichkeiten abzuleiten.

Mit diesem Ziel wurden in der vorliegenden Erhebung niedergelassene Ärzte zum Status quo der Betreuung gemeinsamer Tumorpatienten - bezogen auf die Medizinische Poliklinik der Universität München - befragt. Im gleichen Zusammenhang sollten die Kollegen auch einige vieldiskutierte Vorschläge zur Verbesserung der Nachsorge, wie den Tumornachsorgepaß oder Nachsorgekliniken, allgemein zustimmend oder ablehnend beurteilen.

Außerdem wurde der Versuch unternommen, Stellungnahmen und Vorschläge der gemeinsam betreuten Patienten zu erhalten.

Ein weiteres Ziel der Arbeit war es, ausgehend von dem durch die Umfrage charakterisierten Status quo an der Medizinischen Poliklinik, die Organisation der Tumornachsorge an anderen Kliniken des Bundesgebietes vergleichend darzustellen. Die in unserer Ärztebefragung angesprochenen Verbesserungsmöglichkeiten sollten dabei besondere Berücksichtigung finden. Aus der vergleichenden Darstellung können ebenfalls Gesichtspunkte für die weitere Entwicklung und Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Ärzten in Klinik und Praxis bei der Nachsorge von Tumorpatienten abgeleitet werden.

II. Begriffsbestimmungen

"Wie arbeiten niedergelassene Ärzte und die Medizinische Poliklinik der Universität München bei der Nachsorge von Tumorkranken zusammen und was könnte man verbessern?" war das Thema unserer Befragung von 60 niedergelassenen Kollegen verschiedener Fachrichtungen, die innerhalb der letzten 10 Jahre (bezogen auf das II. Quartal 1982) gemeinsam mit der Medizinischen Poliklinik Tumorkranken betreuten.

Der Begriff "Tumorkrank" beinhaltet, daß die Diagnose einer bösartigen Neubildung (auch Rezidiv oder Metastase) gestellt wurde und bezieht sich sowohl auf manifest Erkrankte als auch auf Patienten, die derzeit als tumorfrei angesehen werden. "Tumorkrank" bleibt man nach dieser, in der vorliegenden Arbeit gebrauchten Definition sein Leben lang. "Krebs-/Tumorkrank" und "Krebs-/Tumorkrank" werden im folgenden bedeutungsgleich verwendet.

Der Begriff "betreuen" ist im Sinne von "versorgen" zu verstehen, d.h. hier: verantwortlich Sorge für den Patienten tragen, sich verantwortlich um ihn kümmern. In diesem Zusammenhang umfaßt die Betreuung:

1. die Diagnostik der Krebserkrankung
2. die Erstbehandlung
(chirurgisch, radio- und chemotherapeutisch)
3. die langfristige Versorgung des Tumorkranken.

"Nachsorge" wurde in der Einleitung bereits bedeutungsgleich mit "Langzeitversorgung" gebraucht. Die Definition wird einsichtiger, wenn man die Wortelemente "Nach" und "Sorge" zunächst getrennt betrachtet.

"Nach" bezieht sich auf das Ereignis der Erstbehandlung (hier: des Tumorkranken), also z.B. auf die Zeit nach der Operation. Ist die Erstbehandlung eine ggf. längerfristige Chemo- oder Strahlentherapie, wird häufig auch die Zeit nach den ersten Zyklen gemeint. Nachsorge wäre hier auch Weiterführung der Primärtherapie, z.B. durch den niedergelassenen Arzt.

"Sorgen" beinhaltet einmal (intransitiv gebraucht): "sich aktiv kümmern, ver- oder vorsorgen", zum zweiten aber auch (reflexiv gebraucht): "besorgt sein, sich Sorgen machen". In Anlehnung hieran wird teilweise zwischen "aktiver" und "passiver" Nachsorge unterschieden. "Aktiv" sind dabei therapeutische Maßnahmen wie Rezidivbehandlung, adjuvante Chemotherapie oder Weiterführung der Primärtherapie, wohingegen die Beobachtung und Kontrolle des Krankheitsverlaufes und Therapieerfolges dann die "passive" Nachsorge kennzeichnen.

Die "Sorge" bezieht sich auf den krebskranken Patienten und hat zum Ziel, Lebensverlängerung und größtmögliche Lebensqualität zu erreichen. Im günstigsten Fall - nach potentiell kurativer Therapie - kann ein Zustand körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens langfristig wiederhergestellt werden. Dann beschränkt sich Nachsorge auf Überwachung, um unter Umständen nochmals rechtzeitig eingreifen zu können, z.B. durch eine Zweitoperation. Bekanntes Beispiel sind die noch nach 15 Jahren auftretenden Rezidive oder Metastasen beim Mamma-Karzinom.

Die Gesundheitsdefinition der WHO zeigt die verschiedenen, oben genannten Bereiche der Nachsorge auf. Der Begriff "Rehabilitation" (medizinische, berufliche, soziale) bedeutet primär die versicherungsrechtliche Wiedereingliederung in die Gesellschaft, wird zum Teil aber auch allgemeiner gebraucht. Die Maßnahmen zur Rehabilitation des Tumorkranken sollen hier als Teilbereich der Nachsorge betrachtet werden.

Das körperliche Wohlbefinden kann gerade in der Onkologie durch therapeutische Maßnahmen beeinträchtigt werden. Behandlungsbedingte gesundheitliche Störungen sollen durch die Nachsorge erkannt, gemildert und nach Möglichkeit beseitigt werden.

Weitere Ziele sind die Diagnose und die Therapie von Begleiterkrankungen - wie in der Einleitung bereits kurz angesprochen - und die wissenschaftliche Qualitätskontrolle der durchgeführten Behandlung und Nachsorge. Diese Kontrolle setzt voraus, daß alle wichtigen Daten über Krankheit, Therapie und Verlauf verfügbar sind. Auch deshalb ist die Dokumentation, d.h. hier die schriftliche und/oder elektronische Erfassung und Bereithaltung dieser Daten, wesentliches Element der meisten Konzepte zur Verbesse-

zung der Krebsnachsorge. Die Dokumentation dient weiterhin auch der unmittelbaren Verbesserung der Versorgung, wenn die Informationen für alle mitbetreuenden Ärzte ohne zeitliche Verzögerung zur Verfügung stehen.

Der Begriff "Basisdokumentation" bezieht sich auf die von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren entwickelte standardisierte Verlaufsdokumentation bei Tumorpatienten (gegliedert in Erst-, Folge- und Abschlusserhebung) mit einem "Basis"-, d.h. Minimal-Datensatz (27).

Im Zusammenhang mit der Dokumentation entstanden an vielen onkologischen Zentren Krebsregister mit elektronischer Datenverarbeitung (EDV).

"Krebs"- und "Tumor"-Register werden im folgenden bedeutungsgleich gebraucht. Dem Kontext entsprechend sind entweder die gespeicherten Daten oder die verarbeitende Organisation gemeint [(13), S.3].

"Nachsorgeregister" und ihre versorgungsorientierten Funktionen werden unten bei der Darstellung einzelner Nachsorgemodelle ausführlich beschrieben.

Weitere Funktionen und andere Zielsetzungen von Registern (z.B. epidemiologische Register, Spezialregister) sind für die Nachsorge nicht direkt von Bedeutung.

III. Untersuchungsziele und -Methoden

1. Zielgruppe Ärzte

Schwerpunkt unserer schriftlichen Ärztebefragung war mehr die qualitative als die statistisch-quantitative Auswertung, d.h. Vollständigkeit oder Repräsentativität des befragten Kollektivs traten zurück hinter die Erfassung und Auswertung möglichst konkreter Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge. Andererseits sollte die Ärztegruppe groß genug sein, um zumindest gewisse Tendenzen erkennen zu können.

Ausgehend von 60 aktuell erinnerlichen Tumorpatienten der Medizinischen Poliklinik mit vorwiegend hämatologisch-onkologischen Erkrankungen wurden den Krankenunterlagen die Adressen und Telefonnummern der jeweiligen "Hausärzte" entnommen. Gemeint sind die als hauptsächlich betreuende Ärzte angegebenen niedergelassenen Kollegen. An diese wurde ein vierseitiger Fragebogen mit Begleitschreiben geschickt. Am Tage der Versendung informierten wir jeden Arzt kurz telefonisch über die Befragung und baten um Rücksendung der ausgefüllten Unterlagen.

Bei der Erstellung des Ärztefragebogens lagen im einzelnen folgende Untersuchungsziele zugrunde:

1. Kennzeichnung der befragten Ärztegruppe und Verteilung der Tumorpatienten auf diese Ärzte
2. Beurteilung der Zusammenarbeit mit der Medizinischen Poliklinik
3. Verbesserungsvorschläge zur Zusammenarbeit
4. Möglichkeiten zur Verbesserung der Tumornachsorge

Auch im Hinblick auf eine zeitsparende Bearbeitung wurden die meisten Fragen in geschlossener Form gestellt, so daß die Beantwortung durch Ankreuzen vorgegebener Möglichkeiten ("JA", "NEIN" bzw. "ZUM TEIL") erfolgen konnte. Zusätzlicher Freiraum für eigene Vorschläge oder kritische Äußerungen stand an mehreren Stellen zur Verfügung.

2. Zielgruppe Patienten

Im Mittelpunkt der Nachsorge stehen die gemeinsam betreuten Tumorm Patienten. Deshalb ist es naheliegend, auch aus deren Sicht Stellungnahmen zum Status quo der von Hausarzt und Ärzten der Medizinischen Poliklinik gemeinsam durchgeführten Nachsorge sowie spezielle und allgemeine Verbesserungsvorschläge einzuholen. Dementsprechend basieren die Fragen an die Patienten auf folgenden Untersuchungszielen:

1. Beurteilung der Betreuung und Nachsorge
2. Verbesserungsvorschläge zur Organisation der Nachsorge

Wir erstellten einen 2-seitigen Fragebogen mit ebenfalls überwiegend geschlossenen Fragen, hier besonders unter dem Aspekt der Verständlichkeit.

Die Beantwortung durch die Patienten erfolgte in den meisten Fällen im Rahmen einer Nachsorgeuntersuchung in der Medizinischen Poliklinik, teilweise auch beim Hausarzt. Die Patientenbefragung erfolgte zwischen dem IV. Quartal 1981 und dem III. Quartal 1982. Da unten näher beschriebene Schwierigkeiten auftraten, wurden einige Fragebögen den Patienten mit einem Begleitschreiben zugesandt.

3. Zielgruppe Tumorzentren

Als dritte Gruppe sprachen wir verschiedene Tumorzentren an und verfolgten dabei das Ziel, aus den übermittelten Informationen Möglichkeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten bei der gemeinsam durchgeführten Tumornachsorge abzuleiten oder zumindest aufzuzeigen. Ausgangspunkt war eine vom Tumorzentrum München zur Verfügung gestellte Adressenliste der Mitglieder der "Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V." (ADT).

"Tumorzentren" (begrifflich angelehnt an "Cancer Center") entstanden im Zuge der seit 1975 verstärkten Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgung von Tumorkranken in der BRD zunächst in

Essen, Hamburg, Köln und München mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe e.V.. Grundidee war es, "an diesen Schwerpunkten mit qualitativ weitgehend vorhandenen personellen und materiellen Voraussetzungen die dortige medizinische Effizienz in medizinische Effektivität umzusetzen" (7), S.12 . Die Tumorzentren waren anfangs vorwiegend interdisziplinäre Kooperations-Gemeinschaften oder -Strukturen im Rahmen universitärer medizinischer Einrichtungen. Später entwickelte sich sowohl eine Zusammenarbeit mit anderen regionalen Krankenanstalten als auch mit außeruniversitären Institutionen, wie z.B. Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Zur Verbesserung der überregionalen Kooperation erfolgte 1978 die Gründung der vorgenannten Arbeitsgemeinschaft (ADT), der 1984 bereits 25 Zentren angehörten.

Im Hinblick auf unser Untersuchungsziel interessierte besonders, welche Organisationsformen der Nachsorge und Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten dort bestehen oder vorgesehen sind. An einigen Kliniken wurde/wird gerade der Bereich der Nachsorge von der Bundesregierung oder der Deutschen Krebshilfe in Form von Modellprojekten gefördert. Beispiele sind das "Darmstädter Modell" oder das Kooperationsmodell am Tumorzentrum Bonn.

Nach einem Konzept der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Bundesregierung (20) soll die onkologische Versorgung auf drei miteinander kommunizierenden Ebenen ablaufen:

1. Überregionale Tumorzentren
2. Regionale Tumorzentren =onkologische Schwerpunktkrankenhäuser
3. Onkologische Schwerpunktpraxen niedergelassener Ärzte

Diese Begriffe werden im jeweiligen Zusammenhang erläutert.

Im Zeitraum von Juli 1982 bis Februar 1985 erbaten wir anhand der jeweils aktuellsten Adressenliste der ADT schriftlich Auskunft über die Organisation der Nachsorge in den einzelnen Tumorzentren und über die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen. Um ergänzende Informationen zu erhalten und auch unterschiedliche Ansätze in den Regionen der BRD darstellen zu können, wurden die entsprechenden offiziellen Mitteilungsblätter der Ärztekammern

und Kassenärztlichen Vereinigungen ("Ärzteblatt") des Zeitraumes von Januar 1984 bis Juli 1985 im Hinblick auf unsere Fragestellung ausgewertet, in Einzelfällen niedergelassene Ärzte oder Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigungen angeschrieben und telefonische Auskünfte in den Geschäftsstellen der Tumorzentren eingeholt.

IV. Auswertung und Diskussion

1. Ärztebefragung

Von den im II. Quartal 1982 an die niedergelassenen Ärzte ausgesandten 60 Fragebögen wurden 45 (= 75 %) ausgefüllt zurückgeschickt.

Die relativ hohe Rücklaufquote dürfte vor allem auf die telefonische Vorausinformation zurückzuführen sein, drückt möglicherweise aber auch wachsendes Interesse am Untersuchungsgegenstand aus.

Bei thematisch vergleichbaren postalischen Umfragen unter niedergelassenen Ärzten in Stuttgart (1979) und Hannover (1980) wurden Rücklaufquoten von 23,3 bzw. 52,8 % erzielt (18)(14), allerdings bei einem wesentlich größeren Kollektiv und ohne telefonische Information.

Die Zusammensetzung der als Grundlage unserer Befragung herangezogenen Patientengruppe nach Diagnosen zeigt Tabelle 1. Da einige niedergelassene Ärzte mehrere Kranke dieser Gruppe betreuten, wurden außerdem 3 Kollegen befragt, die in letzter Zeit keine Tumorpatienten mit der Medizinischen Poliklinik betreut hatten (vgl. Frage 3).

Diagnosen	Fragebogen	
	ausgesandt	zurückgeschickt
-----	-----	-----
Bösartige Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	48	36
Kleinzelliges Bronchialkarzinom	3	3
Mammakarzinom	2	1
Metastasen bei unbekanntem Primärtumor	2	1
Kollumkarzinom	1	1
Pankreaskarzinom	1	1
Metastasierendes Melanom	1	1
Hypernephrom	1	0
Zungenkarzinom	1	0

Tabelle 1: Zusammensetzung nach Diagnosen der Ärztefragebögen

Die Tumordiagnosen der zurückgeschickten Ärztefragebögen sind ebenfalls Tabelle 1 zu entnehmen.

Bei der Interpretation der Antworten muß also berücksichtigt werden, daß es sich vorwiegend (48 Patienten = ca. 80 %) um hämato-logisch-onkologische Patienten handelt.

In der folgenden Besprechung werden unsere Fragen an die niedergelassenen Kollegen zur Verdeutlichung vollständig wiedergegeben. Durch zum Teil fehlende Angaben oder Mehrfachnennungen ergibt sich bei einigen Antworten ein Kollektiv von weniger oder mehr als 45 Ärzten.

1.1 Kennzeichen der Ärzte und Verteilung der Tumorpatienten

Die Fragen 1 bis 6 dienen der Charakterisierung der beteiligten Ärzte und der Verteilung der gemeinsam mit den Ärzten der Medizinischen Poliklinik betreuten Tumorpatienten auf diese Kollegen.

Frage 1: "Wieviele Tumor-Patienten betreuen Sie zur Zeit?"

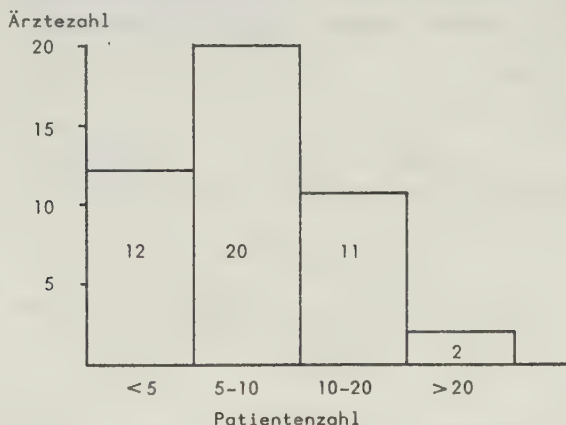


Abb. 1: Niedergelassene Ärzte und im
II. Quartal 1982 betreute Tumor-Patienten

Zum Zeitpunkt der Umfrage betreuten die meisten Ärzte - 20 - zwischen 5 und 10 Tumorpatienten, 12 Ärzte weniger als 5 und 11 Ärzte zwischen 10 und 20 Tumorpatienten. Nur 2 Kollegen gaben mehr als 20 dieser Patienten an.

Wegen der zur Vereinfachung gebildeten Merkmalsklassen kann zwar kein Mittelwert (durchschnittliche Zahl von Tumorpatienten pro Arzt) berechnet werden, doch ist der prozentuale Anteil dieser Patienten am insgesamt betreuten Krankengut der befragten Ärzte offensichtlich eher gering.

Dadurch können die praktizierenden Kollegen ohne zusätzliche Fortbildung nur erschwert ein onkologisches Erfahrungswissen aufbauen.

Die oben erwähnten Umfragen in Stuttgart und Hannover ergaben 12,8 und 9,7 Tumorpatienten pro Praxis bzw. pro niedergelassenem Arzt. Für diese Berechnungen wurden die Praxen bzw. Ärzte ohne Tumorpatienten ebenfalls außer Betracht gelassen, wodurch sich Ausgangskollektive von 163 und 496 Ärzten ergeben.

Am Tumorzentrum München geht man von ca. 9 innerhalb der letzten 5 Jahre erkrankten Tumorpatienten pro niedergelassenem Arzt aus [(13), S.79].

Frage 2: "Wieviele Ihrer Patienten insgesamt (einschließlich Tumorpatienten) wurden während der letzten 10 Jahre von der Medizinischen Poliklinik betreut?"

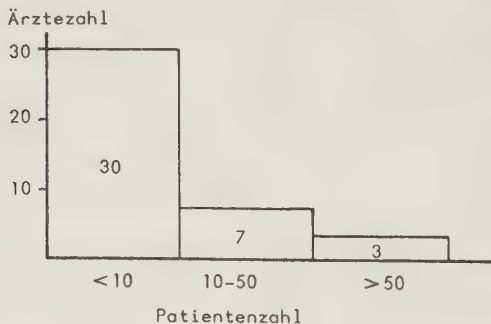


Abb. 2: Insgesamt von der Medizinischen Poliklinik mitbetreute Patienten in den letzten 10 Jahren

30 Ärzte gaben weniger als 10 Patienten an, 7 Kollegen nannten 10 bis 50 Patienten und 3 Kollegen mehr als 50 Patienten. Niedergelassene Ärzte, die hier keine Angabe machten, vermerkten zum Teil, daß sie die Praxis erst in den letzten 5 Jahren übernommen hätten.

Diese Frage betraf vor allem das Ausmaß der allgemeinen Zusammenarbeit der befragten Ärzte mit der Medizinischen Poliklinik. Da 30 Kollegen weniger als 10 Patienten angaben, beschränkt sich die Zusammenarbeit hier wohl auf die gemeinsame Betreuung von Problemfällen. Wie hoch dabei der Anteil der Tumorpatienten ist, sollte durch Frage 3 geklärt werden.

Dreimal wurden mehr als 50 Patienten genannt, so daß hier offenbar eine reibungslose Zusammenarbeit besteht.

Frage 3: "Wieviele Ihrer Tumor-Patienten werden oder wurden von der Medizinischen Poliklinik mitbetreut?"

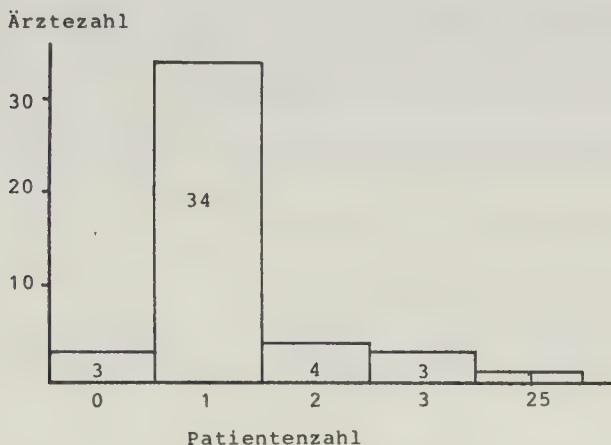


Abb. 3: Zahl der von der Medizinischen Poliklinik mitbetreuten Tumorpatienten

Gemeinsam mit den Ärzten der Medizinischen Poliklinik betreuen oder betreuten die meisten Kollegen - 34 - nur 1 Tumorpatienten. 4 Kollegen nannten 2 gemeinsame Patienten, 3 Kollegen gaben 3 Patienten an. Nur 1 Kollege nannte mehr als 25 gemeinsame Patienten. Vergleicht man dieses Ergebnis mit der Information aus Frage 1, daß - allein zum Zeitpunkt der Befragung - 33 der Kollegen 5 oder mehr Tumorpatienten versorgten, kann man schließen, daß sie mit verschiedenen Kliniken zusammenarbeiten oder diese Patienten auch selbständig betreuen.

Frage 4: Angaben zur Weiterbildung und Spezialisierung

Weiterbildungsgebiet	Ärztzahl

Allgemeinmedizin	22
Innere Medizin	16
Praktischer Arzt	3
Allgemeinmedizin und Innere Medizin	1
Allgemeinmedizin und Pädiatrie	1
Allgemeinmedizin und Chirurgie	1
Innere Medizin und Radiologie	1

Tabelle 2: Weiterbildung und Spezialisierung

6 Kollegen gaben Teilgebiete oder Bereiche wie Lungen- und Bronchialheilkunde, Gastroenterologie, Kardiologie, Allergologie, Chirotherapie oder Sportmedizin an.

Im Bereich der Onkologie hatte sich keiner der Befragten spezialisiert. Die antwortenden Ärzte sind zumeist Allgemeinmediziner oder Internisten. Einige haben zwei Weiterbildungsgebiete absolviert. Der Anteil der Praktischen Ärzte ist relativ gering. Dabei muß berücksichtigt werden, daß wir für die Untersuchung von Patienten mit ganz überwiegend internistisch-onkologischen Erkrankungen (vor allem bösartige Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe) ausgegangen waren.

Frage 5: Angabe des Examensjahres

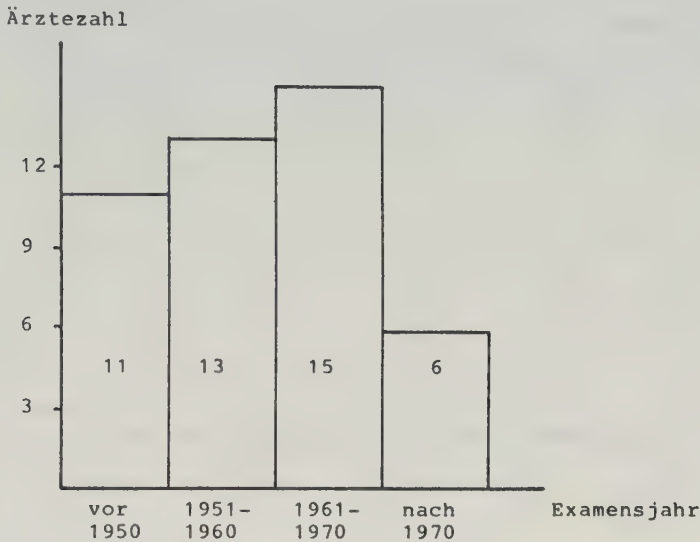


Abb.4: Examensjahr der niedergelassenen Ärzte

Zusammengefaßt betrachtet, legten also 39 der niedergelassenen Kollegen das Examen 1970 oder früher ab, davon 11 Kollegen sogar vor 1950.

Diese Zahlen können mit der Entwicklung der Onkologie verglichen werden. Bezogen auf die antineoplastische Chemotherapie lassen sich dabei drei charakteristische Phasen unterscheiden:

Von 1945 - 1960 wurden erste Erfolge mit der Monotherapie erzielt, zwischen 1960 und 1970 setzte sich die Polychemotherapie mehr und mehr durch, etwa ab 1970 erfolgte die Behandlung zunehmend im Sinne eines interdisziplinären Konzeptes (8).

Nur 6 an der Umfrage beteiligte Ärzte legten ihr Examen nach 1970 ab.

In diesem Zusammenhang untersuchten wir, welchen Stellenwert eine spezielle onkologische Fortbildung innerhalb der allgemeinen Fortbildung der angesprochenen Kollegen einnimmt.

Frage 6: Fortbildung nach dem Examen

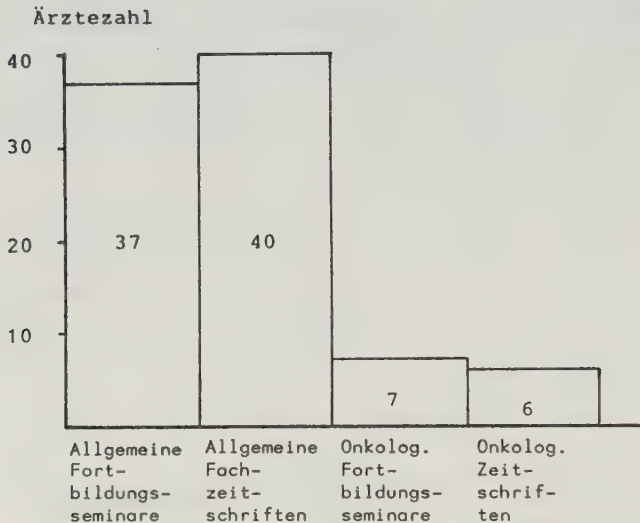


Abb.5: Fortbildung

Eine allgemeine Fortbildung nach dem Examen nannten fast alle Befragten, wohingegen offensichtlich nur besonders Interessierte eine onkologische Fortbildung betrieben. Möglicherweise sind die Inhalte des bestehenden onkologischen Fortbildungsangebotes - insbesondere die Zeitschriften, aber auch viele Kongresse und Seminare - zu speziell oder ungeeignet, um die praktizierenden Ärzte bei der passiven und aktiven Nachsorge von Tumorkranken zu unterstützen. Diese Patienten sind auch nur eine kleine Gruppe im Gesamtbild der jeweils zu versorgenden Kranken (vgl. Frage 1).

1.2 Status quo und Verbesserung der Zusammenarbeit und Nachsorge

Die Fragen 7 bis 11 betreffen die eigentliche Betreuung und Nachsorge der Tumorkranken durch Klinik und Hausarzt und sollen den Status quo der Zusammenarbeit sowie Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Nachsorge aufzeigen.

Frage 7: "Sind Sie mit der Zusammenarbeit mit der Medizinischen Poliklinik zufrieden?"

Antworten	Ärztzahl
-----	-----
Ja	31
Nicht immer	9

Tabelle 3: Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Die große Mehrheit der Ärzte ist also mit der Zusammenarbeit zufrieden.

Kritikpunkte	Nennungen
-----	-----
1. <u>Angekreuzt:</u>	
- Die Arztbriefe	8
- Fehlende handschriftliche Kurzbriefe	6
- Fehlende telefonische Information	6
- Nicht ausreichender Kontakt mit dem Klinikarzt	5
- Unzureichende Stellungnahme zur Tumornachsorge	3
- Unzufriedenheit des Patienten	3
- Mangelnde Brauchbarkeit der Kurzbriefe	2
2. <u>Textliche Angabe (zusammengefaßt)</u>	
- Mängel bei der Informationsweitergabe	2
- Gelegentliches Betreiben einer großen Diagnostik durch die Medizinische Poliklinik, ohne auf die Fragestellung des Hausarztes einzugehen	1
- Die automatische Wiedereinbestellung zur Kontrolluntersuchung durch die Medizinische Poliklinik, ohne Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt	1
- Lange Anfahrtswege zur Poliklinik	1
- Lange Wartezeiten für die Patienten	1

Tabelle 4: Gründe für Unzufriedenheit mit der Zusammenarbeit

Die Kritik bezieht sich ganz überwiegend auf die Kommunikation zwischen den Ärzten der Medizinischen Poliklinik und den niedergelassenen Kollegen (fehlende handschriftliche Kurzbriefe oder Arztbriefe, kein telefonischer Kontakt).

Im Hinblick auf die Tumornachsorge wurde immerhin dreimal die Ansicht geäußert, die Ärzte der Medizinischen Poliklinik sollten hierzu (im Arztbrief oder durch ein Telefonat) ausführlicher Stellung nehmen.

Drei niedergelassene Ärzte gaben Unzufriedenheit der Patienten mit der Betreuung an.

Frage 8: "Klappt die Zusammenarbeit mit anderen Kliniken besser?"

Antworten	Ärtezahl

Nein	33
Zum Teil	4
Ja	3

Tabelle 5: Bessere allgemeine Zusammenarbeit
mit anderen Kliniken

Offenbar sind die in Tabelle 3 aufgeführten Kritikpunkte allgemeine Mängel, denn 33 Ärzte gaben an, daß eine bessere Zusammenarbeit auch mit anderen Kliniken nicht bestehe. 7 Ärzte waren anderer Meinung (4 Kollegen "Zum Teil", 3 Kollegen "JA"). Somit liegt die Medizinische Poliklinik im Vergleich gesehen wahrscheinlich ganz gut.

Frage 9: "Können Sie einen Grund nennen, warum Sie Ihre Patienten speziell in die Medizinische Poliklinik schicken?"

Zusammengefaßte Formulierungen	Nennungen

- Qualität der Diagnostik	7
- Gute ärztliche und menschliche Betreuung	4
- Geographische und institutionelle Nähe der Medizinischen Poliklinik	3
- Gute Zusammenarbeit	3
- Frühere eigene Tätigkeit in der Medizinischen Poliklinik	3
- Auf Wunsch der Patienten	2

Tabelle 6: Gründe, warum die Patienten
speziell in die Medizinische
Poliklinik geschickt werden

Die Formulierung "Qualität der Diagnostik" faßt verschiedene, von den niedergelassenen Ärzten genannte Gründe zusammen. Dazu zählen die bestehenden Möglichkeiten für spezielle apparativ-diagnostische Maßnahmen (z.B. Angiographie) und die exakte Ausführung aller technischen Untersuchungen.

Nach Ansicht eines Kollegen ist durch die räumliche Zusammenfassung der sechs Polikliniken eine gute Voraussetzung für die umfassende und rasche diagnostische Abklärung gegeben. Gesichtspunkte sind hierbei die kurzen Wege für die Patienten und eine kurze Krankenhausverweildauer.

Frage 10: "Wie kann man Ihrer Meinung nach die Zusammenarbeit zusätzlich verbessern?"

Vorschläge	Ja	Nein

1. Angekreuzt:

- Praktikerseminare der Medizinischen Poliklinik	27	2
- Mehr persönlicher Kontakt mit dem Klinikarzt	25	4
- Einrichtung eines onkologischen Arbeitskreises	6	11

2. Textliche Angabe (zusammengefaßt):

- Generell mehr telefonischer Kontakt über gemeinsame Patienten	2
- Schnelle handschriftliche Befundmitteilung	1
- Raschere Information, auch hinsichtlich einzelner Befunde (z.B. Biopsien)	1

Tabelle 7: Verbesserung der Zusammenarbeit
Hausarzt - Klinikarzt

Die bei weitem meisten niedergelassenen Kollegen - 27 - schlugen von der Medizinischen Poliklinik durchzuführende Praktikerseminare und mehr persönlichen Kontakt mit dem Klinikarzt vor und versprechen sich davon eine zusätzliche Verbesserung der Zusammenarbeit. Erst sehr viel später in der Priorität folgen die Einrichtung eines onkologischen Arbeitskreises (6 Nennungen) und die Verbesserung der Befundmitteilung (4 Nennungen).

Die "Einrichtung eines onkologischen Arbeitskreises, der sich regelmäßig trifft" - wie es in unserer Frage wörtlich hieß -, wurde darüber hinaus von 11 Kollegen ablehnend beurteilt. Dabei muß berücksichtigt werden, daß die an der Umfrage beteiligten niedergelassenen Ärzte überwiegend nur einen Tumorkranken gemeinsam mit der Medizinischen Poliklinik und vermutlich auch mit anderen Kliniken betreuen (vgl. Frage 3).

Die Veranstaltung onkologischer Fortbildungsseminare ("Praktikerseminare") durch die Medizinische Poliklinik als Möglichkeit zur Verbesserung der Zusammenarbeit wurde ausgesprochen positiv beurteilt.

Obwohl Schlußfolgerungen wegen des kleinen Kollektivs nur eingeschränkt möglich sind, kann man untersuchen, welche Kollegen sich positiv zu den Praktikerseminaren äußerten. Die interessantesten beiden Kriterien sind die Zahl der jeweils betreuten Tumorkranken (vgl. Frage 1) und das Examensjahr (vgl. Frage 5).

Patientenzahl	Ärztezahl gemäß Frage 1	Ärztezahl	%
Weniger als 5	12	7	58
5 bis 10	20	12	60
10 bis 20	11	8	73
Mehr als 20	2	-	-

Tab. 8: Praktikerseminare befürwortende Ärzte, aufgeschlüsselt nach Anzahl der betreuten Tumorkpatienten

Erwartungsgemäß nimmt das Interesse an den Praktikerseminaren mit steigender Zahl der jeweils betreuten Tumorkpatienten zu.

Nur die 2 Kollegen mit den meisten Tumorkpatienten (mehr als 20) passen nicht in dieses Bild. Beide Ärzte sind allerdings mit der bestehenden Zusammenarbeit (Frage 7) zufrieden. Möglicherweise kann auch durch die Betreuung einer großen Zahl von Tumorkpatienten (mehr als 20) und die erforderliche ständige Kommunikation mit Kollegen in mehreren Kliniken (Arztbriefe, Telefonate) ein ausreichendes onkologisches Erfahrungswissen eher erworben werden.

Examensjahr	Ärztezahl gemäß Frage 5	Ärztezahl	%
Vor 1950	11	5	46
1951 bis 1960	13	8	62
1961 bis 1970	15	8	53
Nach 1970	6	6	100

Tabelle 9: Praktikerseminare befürwortende Ärzte, aufgeschlüsselt nach dem Examensjahr

Alle 6 Kollegen mit Examensjahr nach 1970 waren dafür, so daß hier offenbar ein Zusammenhang zwischen dem Examensjahr und dem Interesse an den Praktikerseminaren besteht.

Bei den Ärzten mit Examensjahr vor 1970 besteht dagegen kein eindeutiger Zusammenhang.

Frage 11: "Wie kann Ihrer Meinung nach die Nachsorge bei
Tumor-Patienten verbessert werden?"

Vorschläge	Ja	Nein
------------	----	------

1. Angekreuzt:

- Bessere mündliche Kommunikation	24	5
- Einfachere Instruktionen im Arztbrief	22	9
- Informationen für den niedergelassenen Arzt in Lose-Blatt-Form		
- über Medikamente	24	1
- über aktuelle Therapieprinzipien	23	2
- Therapieprotokolle	16	6
- Tumornachsorgepaß	18	8
- Standardisierte Nachsorgeterminbögen	10	10
- Häufigere Kliniknachsorge	10	12
- Nachweis von Literatur	9	11
- Längere Aufenthalte in Nachsorgekliniken	4	15

2. Textliche Angabe:

- Therapieprotokolle in Abstimmung mit den bestehenden der Ärztekammer	1
- Persönliche Betreuung durch den Arzt des Vertrauens	1

Tabelle 10: Beurteilung und Angabe von
Verbesserungsmöglichkeiten
der Tumornachsorge

Zur Verbesserung der Nachsorge bei Tumor-Patienten gibt es nach Meinung der meisten niedergelassenen Ärzte viele Ansatzpunkte. An der Spitze stehen auch hier eine bessere mündliche Kommunikation, einfachere Instruktionen im Arztbrief und die Herausgabe von Informationen für den niedergelassenen Arzt in Lose-Blatt-Form. Dabei interessieren besonders Informationen über Medikamente (z.B. genaue Anwendung, Nebenwirkung etc.) und über aktuelle Therapieprinzipien. Durch die schnelle Entwicklung der antineoplastischen Chemotherapie und die unterschiedlichen komplexen Therapiepläne für einzelne Tumorerkrankungen besteht auf seiten der niedergelassenen Ärzte hier offensichtlich ganz besonderes Interesse an aktuellen Informationen aus der Universitätsklinik.

Für die Verwendung eines sogenannten Tumornachsorgepasses (wie z.B. vom Tumorzentrum München entworfen) sprachen sich 18 Kollegen aus.

Standardisierte Nachsorgeterminbögen, häufigere Kliniknachsorge und Nachweis von Literatur wurden unterschiedlich beurteilt. 10 der 45 beteiligten niedergelassenen Ärzte sprachen sich für eine häufigere Kliniknachsorge aus, 12 Ärzte dagegen.

Längere Aufenthalte der Patienten in speziellen Nachsorgekliniken wurden eher abgelehnt. 15 Ärzte waren nicht der Ansicht, daß dadurch die Tumornachsorge verbessert werden kann, 4 Kollegen befürworteten die stationäre Nachsorge in diesen Kliniken. Dabei muß wieder berücksichtigt werden, daß die hier befragten Ärzte möglicherweise vor allem hämatologisch-onkologische Patienten betreuen (vgl. Frage 4). So könnte sich z.B. in der Gynäkologie eine andere Beurteilung der stationären Nachsorge durch die niedergelassenen Ärzte ergeben.

1.3 Aufklärung des Tumorpatienten

Die Fragen 12 bis 14 schneiden das Thema der Aufklärung des Tumor-Patienten an und zeigen im wesentlichen (wie erwartet), daß individuell vorgegangen wird bzw. werden sollte.

Frage 12: "Wer soll Ihrer Meinung nach den Tumor-Patienten aufklären?"

Vorschlag	Ja	Nein
-----	-----	-----
- Von Fall zu Fall entscheiden	32	1
- durch den Hausarzt	15	2
- durch Ärzte der Medizinischen Poliklinik	10	4

Tabelle 11: Aufklärung des Tumorpatienten
(Mehrfachnennungen)

Die meisten Kollegen - 32 - sprachen sich für eine individuelle Vorgehensweise beim schwierigen Problem der Aufklärung des Tumorpatienten über seine Erkrankung aus.

2 Kollegen wiesen darauf hin, daß bei jedem Patienten immer zuerst die Frage zu stellen ist, ob überhaupt aufgeklärt werden soll.

Frage 13: "Sind Sie gegebenenfalls mit einer Aufklärung des Tumor-Patienten über seine Erkrankung durch die Medizinische Poliklinik einverstanden?"

Antwort	Ärztezahl

Ja	35
Nein	5

Tabelle 12: Einverständnis mit Aufklärung des Tumor-Patienten durch Ärzte der Medizinischen Poliklinik

Die Mehrheit - 35 - ist gegebenenfalls auch mit einer Aufklärung durch die Ärzte der Medizinischen Poliklinik einverstanden.

Frage 14: "Erhalten Sie von der Medizinischen Poliklinik umgehend genug Information über den Grad der Aufklärung des Patienten?"

Antwort	Ärztezahl

Nein	27
Ja	11

Tabelle 13: Ausreichend schnelle Informationsübermittlung

Im Rahmen der zu verbessernden mündlichen Kommunikation zwischen den betreuenden Ärzten kommt auch der schnelleren Information über die jeweils erfolgte Aufklärung des Tumorpatienten große Bedeutung zu. Viele niedergelassene Kollegen - 27 - übten diesbezüglich Kritik an der Medizinischen Poliklinik, eine ganze Reihe - 11 - beurteilten aber auch die gegenwärtige Informationsübermittlung als schnell genug.

1.4 Wertung und Schlußfolgerungen

Obwohl viele der von uns befragten Ärzte nur wenige Tumorpatienten betreuen, läßt die hohe Rücksendequote der Fragebögen den Schluß zu, daß diese Kollegen großes Interesse an der Verbesserung der Zusammenarbeit und Nachsorge haben. Da die Tumorpatienten nur eine kleine Gruppe im Gesamtbild der jeweils zu versorgenden Kranken sind, können die niedergelassenen Ärzte keine zeitaufwendige spezielle onkologische Fortbildung - wie regelmäßige Mitarbeit in einem Arbeitskreis - betreiben.

Die meisten Kollegen betreuen nur wenige Patienten, davon häufig nur einen Tumorkranken, gemeinsam mit der Medizinischen Poliklinik. Möglicherweise handelt es sich dabei vor allem um Problemfälle. Für diese Annahme spricht auch die gute Beurteilung der poliklinischen Diagnostik und ärztlichen Betreuung.

Die von uns befragten Ärzte sind ganz überwiegend Allgemeinmediziner oder Internisten. Hier ist ein Zusammenhang mit den von uns ausgesuchten Patienten (vorwiegend hämatologisch-onkologisch) wahrscheinlich. Möglicherweise sind die Praktischen Ärzte mehr an der Nachbetreuung chirurgisch therapierter Tumorkranker beteiligt.

Vergleicht man die rasche Entwicklung der Onkologie in den letzten Jahrzehnten mit den Examensjahren der niedergelassenen Ärzte und mit ihren Angaben zu einer speziellen onkologischen Fortbildung, so kann geschlossen werden, daß viele Kollegen wichtige Entwicklungen in der Diagnostik, Therapie und Nachsorge nur am Rande verfolgt haben. Ein wesentlicher Grund könnte dabei das ungeeignete - weil zu spezielle - Fortbildungsangebot sein.

Bei der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten könnte zuallererst die schriftliche und mündliche Kommunikation verbessert werden. Die Arztbriefe sind gerade in der Onkologie von großer Bedeutung, da ihnen auch eine Fortbildungsfunktion für die Kollegen in der Praxis zukommt. Sie sollten genaue Instruktionen speziell zur Tumornachsorge enthalten, so daß die nächste Nachsorgeuntersuchung u.U. auch vom niedergelassenen Arzt durchgeführt werden kann. Wenn ein Kurzbrief vergessen wird, ist der betreffende Kollege auf jeden Fall telefonisch zu informieren, da die Patienten den Hausarzt oft schon am folgenden Tag aufsuchen.

Es sollte generell mehr telefonischer Kontakt mit den Ärzten in der Praxis bestehen und diese sind über eine Aufklärung des Tumormpatienten durch Ärzte der Medizinischen Poliklinik rechtzeitig in Kenntnis zu setzen. Einige praktizierende Kollegen waren nicht mit einer Aufklärung in der Poliklinik einverstanden. Hier ist in jedem Fall Zurückhaltung geboten, insbesondere bei Patienten, deren Sozialanamnese und Lebensumstände dem Klinikarzt nicht bekannt sind.

Trotz bestehender onkologischer Fortbildungsangebote in einigen Münchner Kliniken (z.B. im Tumorzentrum München) wurde die Veranstaltung von Praktikerseminaren in der Medizinischen Poliklinik von zahlreichen - insbesondere jüngeren - Kollegen vorgeschlagen. Ein wichtiger Gesichtspunkt scheint dabei auch der persönliche Kontakt mit den Klinikärzten zu sein. Diese Seminare könnten z.B. einmal pro Quartal in der Medizinischen Poliklinik durchgeführt und dabei anderenorts bereits erarbeitete Curricula berücksichtigt werden. Viele Kollegen wünschten Informationen in Lose-Blatt-Form, wobei die Herausgabe durch eine einzelne Klinik aus Kostengründen problematisch erscheint. Die Manuale des Tumorzentrums München könnten - zumindest auszugsweise - Verwendung finden. Die Ausstellung von Tumornachsorgepässen dürfte in einer frequentierten Poliklinik schwierig sein. Andererseits bedeutet es keinen großen Zeitaufwand für die Ambulanzärzte, wenn sie von den Patienten mitgebrachte Pässe/Kalender weiterführen. Die eher ablehnende Haltung der hier befragten niedergelassenen Ärzte gegenüber den Nachsorgekliniken beruht möglicherweise auf negativen Erfahrungen - oder aber auch auf Vorurteilen. Einweisungen in diese Kliniken sollten im Interesse des Patienten zwischen Klinikarzt und Hausarzt abgesprochen werden.

2. Patientenbefragung

"Die Patienten waren in den letzten Jahren mit der exakten Art der Untersuchung und Behandlung und besonders auch mit der persönlich-menschlichen Betreuung allermeist sehr zufrieden", gab ein niedergelassener Kollege als Grund an, warum er seine Patienten speziell in die Medizinische Poliklinik schickt (vgl. Frage 9). Andererseits kritisierten 3 Ärzte die bestehende Zusammenar-

beit mit der Medizinischen Poliklinik wegen Unzufriedenheit des gemeinsam betreuten Patienten (vgl. Frage 7).

Deshalb versuchten wir, Stellungnahmen und Vorschläge der Tumor-Patienten zu erhalten, von denen ausgehend wir die befragte Ärz-tegruppe zusammengestellt hatten.

Obwohl nur 20 auswertbare Patientenfragebögen vorliegen, sollen die Ergebnisse im Überblick dargestellt werden. Statistisch-quantitative Überlegungen spielen dabei keine Rolle, wohl aber der Gedanke, daß die Urteile der Patienten auf persönlichen Erfahrungen beruhen und dadurch besonders zählen.

Die Zusammensetzung dieser Patientengruppe nach Diagnosen kann Tabelle 14 entnommen werden.

Diagnosen	Auswertbare Bögen

- Bösartige Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe	16
- Mammakarzinom	1
- Kollumkarzinom	1
- Pankreaskarzinom	1
- Metastasierendes Melanom	1

Tabelle 14: Zusammensetzung nach Diagnosen
der Patientenfragebögen

Die Gruppe "bösartige Neubildungen der lymphatischen und blutbildenden Organe" der Tabelle 14 faßt folgende Einzel-Diagnosen zusammen:

Chronisch lymphatische Leukämie (4), Non-Hodgkin-Lymphom (3), essentielle Thrombozythämie (3), Hodgkin-Lymphom (2), Polycythaemia vera (1), Plasmozytom (1), Morbus Waldenström (1), Mycosis fungoides (1).

Das durchschnittliche Lebensalter der 20 Patienten betrug zum Zeitpunkt der Befragung 66 Jahre (49 - 80 Jahre). Bei 17 Patienten, die sich grÖßtenteils in kompletter oder partieller Remission und relativ gutem Allgemeinzustand befanden, wurden in der Medizinischen Poliklinik ambulante Nachuntersuchungen zur Kontrolle des Therapieerfolges bzw. Therapieverlaufes durchgeföhrt. 3 Patienten wurden wegen Tumorprogression bei schlechtem Allgemeinzustand stationär behandelt.

2.1 Befragungsprobleme

Um die Patienten durch unsere Befragung möglichst wenig zu belasten und uns "von den Haustüren fernzuhalten", war geplant, die Fragebögen im Rahmen von Nachsorgeuntersuchungen an der Medizinischen Poliklinik beantworten zu lassen. Auf diese Weise konnten jedoch nur 10 Bögen ausgefüllt werden. Bei gegenwärtig "befundfreien" Patienten liegen jeweils mehrere Wochen, zum Teil Monate zwischen den klinischen Nachsorgeuntersuchungen, zumal diese oft im Wechsel mit dem Hausarzt erfolgen. Mehrere Patienten waren zwischenzeitlich verstorben, einige kamen moribund zur stationären Aufnahme oder waren nicht in der Lage, die Fragen zu beantworten. Um weitere Stellungnahmen zu erhalten, schickten wir in ausgesuchten Fällen die Bögen mit einem Begleitschreiben den Patienten zu, teilweise wurden sie auch beim Hausarzt ausgefüllt.

2.2 Status quo der Betreuung

Frage 1: "Sind Sie mit der Betreuung durch die Medizinische Poliklinik zufrieden?"

Antworten	Patientenzahl

Ja	17
Nicht immer	2
Nein	1

Tabelle 15: Zufriedenheit der Tumorkranken mit der Betreuung durch die Medizinische Poliklinik

Die unzufriedene Patientin führte als Begründung an, daß bei schlechtem körperlichem Allgemeinzustand - wie in ihrem Fall - die Wartezeiten innerhalb der Medizinischen Poliklinik ("oft von 7.00 bis 14.30 Uhr") eine große Belastung darstellten, besonders auch wegen der regelmäßigen Wiederholung der Nachuntersuchungen.

Frage 2: "Sind Sie speziell mit der Nachbetreuung Ihrer Erkrankung zufrieden?"

Antworten	Patientenzahl

Ja	15
Nein	1
Nicht immer	1

Tabelle 16: Zufriedenheit der Tumorkranken mit der Nachbetreuung ihrer Erkrankung

Indem er sich dabei auf die Medizinische Poliklinik bezog, begründete einer der Befragten seine Unzufriedenheit mit dem "ständigen Arztwechsel bei den vierteljährlichen Nachuntersuchungen und den langen Wartezeiten beim Arzt und zwischen den Untersuchungen".

Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten:

"Unzureichende Absprache zwischen Klinik und Hausarzt
bezüglich Ihrer Behandlung"
und
"Unzureichende Organisation Ihrer Nachbetreuung"
(z.B. Kontrollen, Pflege)

wurden von keinem der 20 Tumorkranken für zutreffend gehalten.

2.3 Verbesserung der Nachsorge

Frage 3: "Wie könnte man Ihrer Meinung nach die Nachsorge am ehesten verbessern?"

Vorschläge	Ja	Nein

- Bessere Betreuung zu Hause, z.B. durch eine Gemeindeschwester o.ä.	6	4
- Verkürzung von Klinikaufenthalten und Verstärkung der ambulanten Behandlung	5	8
- Bessere Information über die Behandlung und die Medikamente		
- durch die Medizinische Poliklinik	5	7
- durch den Hausarzt	4	5
- Bessere Unterstützung auch bei nicht rein medizinischen Problemen, z.B. Hilfe bei der Rückkehr zum Arbeitsplatz	3	4
- Bessere Mitbetreuung der Familie	3	6
- Längere Aufenthalte in speziellen Nachsorgekliniken ("Nachsorgekuren")	2	9

Tabelle 17: Beurteilung von Verbesserungsmöglichkeiten der Nachsorge

Die Vorschläge zur Verbesserung der Nachsorge wurden unterschiedlich und zum Teil unvollständig beurteilt. Wegen der geringen Zahl gegebener Antworten sollen lediglich einige Verbesserungsmöglichkeiten hervorgehoben werden.

Nur wenige Patienten bezeichneten die Dauer der stationären Aufenthalte in der Medizinischen Poliklinik als zu lang. Die Mehrheit schätzte diese ausdrücklich als den jeweiligen gesundheitlichen Erfordernissen entsprechend ein.

Da die Frage nach Verbesserung der Nachsorge allgemein gestellt war, bezog sich der Wunsch nach Verstärkung der ambulanten Behandlung vorwiegend auf andere mitbetreuende Kliniken.

Einige Patienten wünschten bessere Information über die Behandlung und die Medikamente, wobei den Ärzten der Medizinischen Poliklinik genauere Sachkenntnisse zugetraut wurden.

Bei der Ablehnung von längeren Aufenthalten in speziellen Nachsorgekliniken spielten zwei Aspekte eine besondere Rolle:

Trotz ihrer Erkrankung fühlten sich gerade Patientinnen weiter für ihre Familie, insbesondere die Kinder, verantwortlich, deren Betreuung sie, solange wie möglich, nicht in fremde Hände legen wollten; zum anderen äußerten mehrere Kranke die Befürchtung, daß eine ständige - durch die Mitpatienten bedingte - Konfrontation mit dem Problem "Krebs" in einer Nachsorgeklinik sie noch kränker machen könnte.

Frage 4: "Wer sollte Ihrer Meinung nach die Organisation Ihrer Nachsorge übernehmen?"

Vorschlag	Ja	Nein

Hausarzt	13	-
Jeder, entsprechend Fähigkeiten und Erfordernissen	8	-
Medizinische Poliklinik	7	2

Tabelle 18: Organisation der Nachsorge
(Mehrfachnennungen)

Frage 5: "Welche Faktoren spielen dabei eine Rolle?"

Grund	Ja	Nein

Persönlicheres Verhältnis zum Hausarzt	9	5
Weiter Anfahrtsweg zur Medizinischen Poliklinik	7	6

Tabelle 19: Gründe für die Entscheidung
in Frage 4

Nach Ansicht der meisten Patienten sollte der Hausarzt die Organisation der Nachsorge durchführen und dabei gegebenenfalls mit der Medizinischen Poliklinik zusammenarbeiten. In vielen Fällen besteht ein persönlicheres Verhältnis zum Hausarzt und für einige Kranke ist der weite Anfahrtsweg - z.B. aus Niederbayern - eine zusätzliche Belastung. 2 Patienten schlugen deshalb vor, die Anzahl der Kontrolluntersuchungen an der Medizinischen Poliklinik zu reduzieren und auch die apparative Diagnostik mehr an ihrem Heimatort durchführen zu lassen. Ein Patient bezeichnete seinen Hausarzt als "Fließbandarbeiter", der sich keine Zeit nähme, mit ihm über seine Erkrankung zu sprechen. Die Ärzte der Medizinischen Poliklinik wurden mehrfach als kompetenter in speziellen Fragen der jeweiligen Krebserkrankung bezeichnet.

Frage 6: "Glauben Sie, daß Ihr Arzt mit Ihnen als Patient zufrieden ist?"

	Ja	Nicht immer	Nein

Behandelnder Arzt in der Medizinischen Poliklinik	16	2	1
Hausarzt	15	2	1

Tabelle 20: Zufriedenheit des Arztes mit dem Patienten aus dessen Sicht

Die allermeisten der Befragten glaubten, daß ihre Mitarbeit bei der Behandlung den Vorstellungen der betreuenden Ärzte entspräche. Ein Kranker gab Unzufriedenheit des Arztes an, weil bei ihm kurzfristig eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes aufgetreten war. Ein anderer Patient meinte, die Zufriedenheit der behandelnden Ärzte in der Medizinischen Poliklinik nicht beurteilen zu können, da diese zu oft wechselten.

2.4 Wertung und Schlußfolgerungen

Die Mehrheit der Patienten übte keine Kritik an der Betreuung durch die Medizinische Poliklinik. Dabei spielt vermutlich auch die Befürchtung eine Rolle, betreuende Ärzte zu verärgern und sich somit selbst zu schaden. Umso größere Bedeutung haben die kritischen Äußerungen einiger Patienten, wobei die langen Wartezeiten zwischen den technischen Untersuchungen, aber auch beim Arzt, sowie der zu häufige Arztwechsel bei den vierteljährlichen Nachuntersuchungen vermeidbare organisatorische Mängel zu sein scheinen. Die anstehenden Untersuchungen sind überwiegend vorher bekannt, so daß versucht werden könnte, eine Art "Durchlaufplan" für den Besuch eines Tumorkranken in der Poliklinik festzulegen. Dabei könnte die Kontinuität der betreuenden Ärzte mehr als bisher beachtet werden, da jeder Arztwechsel gerade für Tumorkranken eine große zusätzliche Belastung ist. Die Betreuung der Patienten zu Hause läßt sich verbessern, indem sie - u.U. auch durch Merkblätter - über die bestehenden Angebote (z.B. Sozialstationen, Psychosoziale Krebsnachsorgeeinrichtung des Bayerischen Roten Kreuzes, Selbsthilfegruppen) zumindest informiert werden. In Einzelfällen könnten sich betreuende Ärzte in der Poliklinik um die Kontaktaufnahme, z.B. auch zu einer Gemeindegemeinschaft, direkt bemühen.

Da etliche Patienten die Klinikärzte für sachkundiger halten als ihren Hausarzt, müssen diese Ärzte versuchen, den Therapieplan und vor allem die unerwünschten Wirkungen der eingesetzten Therapeutika im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit zu besprechen. Wegen der eher ablehnenden Einstellung mancher Patienten sollte die Möglichkeit einer Nach- oder Festigungskur bzw. eines Aufenthaltes in einer Nachsorgeklinik zwar auf jeden Fall erwähnt, die Einweisung aber zunächst ausführlich besprochen werden.

Da den Hausärzten die jeweiligen Lebensumstände der Tumorkranken zumeist besser bekannt sind und zum Teil auch ein persönlicheres Verhältnis besteht, sollten - nach dem Wunsch vieler Patienten - in der Mehrzahl der Fälle diese die Nachsorge koordinieren.

Weite Anfahrtswege zur Medizinischen Poliklinik belasten nicht nur die Kranken, sondern erschweren bei stationären Aufenthalten Besuche von Angehörigen, gerade aus ländlichen Gebieten. In Ab-

sprache mit dem Hausarzt können in den allermeisten Fällen wohnortnahe Möglichkeiten der Betreuung gesucht werden.

3. Nachsorgemodelle der Tumorzentren und Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Tumorzentren schickten überwiegend mehrfach Informationen zur Organisation der Nachsorge und Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten. Das Spektrum der zugesandten Unterlagen umfaßt ausführliche Stellungnahmen, aktuelle Publikationen von Mitarbeitern des jeweiligen Zentrums, Jahresberichte, Nachsorgepässe, automatisch gedruckte Musterbriefe bzw. Checklisten für Hausärzte und Dokumentationsformulare. Soweit diese Unterlagen die Zusammenarbeit von Klinik und Praxis betreffen, sind sie - jeweils repräsentativ für ein Tumorzentrum bzw. Nachsorgemodell - dem Anhang zu entnehmen.

Bei der Auswertung wurden einerseits die in unserer Ärztebefragung angesprochenen Möglichkeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit und Nachsorge besonders berücksichtigt und die unterschiedlichen Organisationsstrukturen (wie z.B. der onkologische Arbeitskreis) und Organisationsmittel (wie z.B. der Nachsorgepaß) beschrieben. Andererseits bezieht die Darstellung auch zusätzliche Gesichtspunkte und Ansätze zur Weiterentwicklung der Nachsorge mit ein. Die in einigen Fällen angegebenen Zahlen, z.B. über die Mitarbeit niedergelassener Ärzte, sollen lediglich Größenordnungen der betreffenden Nachsorgemodelle aufzeigen. Um Vergleiche zu ermöglichen, wurden einige Dokumentationskonzepte, speziell die von den Ärzten in Klinik und Praxis auch zur gegenseitigen Information gebrauchten Nachsorgebögen, detaillierter beschrieben.

Im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages für eine bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung arbeiten die Kassenärztlichen Vereinigungen regional unterschiedlich mit den Tumorzentren zusammen. Da zum Teil gemeinsame Konzepte zur Organisation der Nachsorge ("Nachsorgemodell") ausgearbeitet wurden und sich die Organisationsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen überwiegend den Bundesländergrenzen anpassen (Ausnahmen hier: Baden-

Württemberg, Nordrhein-Westfalen), liegt der Darstellung eine Gliederung nach Bundesländern zugrunde.

Soweit uns die Zentren auf die schriftlichen Anfragen hin Informationen übermittelten und darauf regionale Besonderheiten bei der Organisation der Tumornachsorge hervorgingen, sind diese in der Auswertung berücksichtigt. Dabei wurden nicht alle großen Zentren (u.a. Westdeutsches Tumorzentrum Essen, Erlanger Krebszentrum) dargestellt.

Die Beschreibung der Nachsorgemodelle und Tumorzentren ist - soweit möglich - nach folgendem Schema aufgebaut (s. Tab. S.79):

o Modellprojekt

Bezeichnung sogenannter "Modellprojekte", z.B. "Darmstädter Modell". Diese Nachsorgekonzepte befinden sich überwiegend in einer zeitlich befristeten Testphase.

o Tumorzentrum (TZ) bzw. Onkologischer Schwerpunkt

Nennung der betreffenden Einrichtung mit Angabe des Gründungsjahres. Dabei ist hier die satzungsmäßige Gründung gemeint; hauptamtliche Mitarbeiter wurden z.T. erst später - mit Beginn einer Förderung - eingestellt.

o Nachsorgepaß

Beschreibung des verwendeten Passes.

o Standardisierte Dokumentationsbögen und Nachsorgeorganisation

Angaben zum Aufbau und Einsatz standardisierter Bögen, unter besonderer Berücksichtigung der von den niedergelassenen Ärzten in der Praxis auszufüllenden Formulare. Außerdem wird hier die Organisation der Zusammenarbeit dargestellt, z.B. die Nachsorgeüberwachung durch ein klinisches Register.

o Fortbildungsveranstaltungen

Angaben zu onkologischen Fortbildungsveranstaltungen des jeweiligen Zentrums, vor allem für niedergelassene Ärzte.

o Fortbildungsschriften

Beschreibung der zur Verfügung gestellten schriftlichen Informationen über Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Tumorerkrankungen, z.B. in Form von Manualen oder Lose-Blatt-Sammlungen.

o Telefonisches Tumorkonsil

Angaben zur Organisation eines telefonischen Konsiliardienstes des Zentrums für niedergelassene Ärzte und Kollegen aus peripheren Krankenhäusern.

o Onkologische Arbeitskreise/Projektgruppen

Beschreibung dieser Arbeitsgruppen, die in den Kliniken des Zentrums oder im Einzugsbereich gebildet wurden.

o Psychosoziale Betreuung

Beschreibung des psychosozialen Betreuungsangebotes für onkologische Patienten im Rahmen des Zentrums (z.B. durch klinische Psychologen, Sozialarbeiter, Onkologieschwestern).

o Nachsorgekliniken

Kurze Darstellung der bestehenden Einrichtungen für "Nachsorgekuren" (im Sinne der Rentenversicherung) oder für die stationäre Nachsorge am Beispiel der Regionen Nordrhein-Westfalen und Bayern.

3.1 Baden-Württemberg

In den Regionen dieses Bundeslandes werden gegenwärtig Erfahrungen mit verschiedenen Nachsorgemodellen gesammelt, wobei auch unterschiedliche Nachsorgepässe Verwendung finden. Eine Vereinheitlichung für den Raum Baden-Württemberg ist vorgesehen.

3.1.1 Nachsorgemodell Nord-Württemberg

Die Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg und das 1981 gegründete Tumorzentrum Stuttgart eröffneten im Juli 1982 ein "Kooperatives onkologisches Nachsorgemodell", um die Zusammenarbeit

bei der Krebsnachsorge zwischen den Kassenärzten einerseits und zwischen diesen und den Klinikärzten andererseits zu systematisieren.

Es wurde ein neu entwickelter Nachsorgepaß eingeführt, der von seiner Dokumentationsanlage her den Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren entspricht und den dort angegebenen Minimaldatensatz jeder Krebspatienten-Dokumentation (27) enthält. Die krankheitsbezogenen Befunde sind verschlüsselt einzutragen, auf den Bögen 01 und 02 durch den Klinikarzt ("Befund zu Beginn der Nachsorge"), auf dem Bogen 03 ("Nachsorgeuntersuchung") - s.S.102 - durch den jeweils nachbetreuenden - zumeist niedergelassenen - Arzt. Der Patient muß im Paß schriftlich erklären, ob er mit der Weiterleitung teilanonymisierter Durchschriften des Ausgangsbefundes und weiterer Nachsorgebefunde an die zentrale Dokumentation der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg einverstanden ist. Eine nicht-anonymisierte Durchschrift von Ausgangs- bzw. Nachsorgeuntersuchungsbefund im Paß geht zur raschen gegenseitigen Information jeweils an den weiterbehandelnden Arzt in der Praxis oder Klinik.

Bis Anfang 1984 wurden für 8 Tumorarten Einlegeblätter (s.S.103) als standardisierte Nachsorgeprogramme entwickelt.

Vor Einführung des Nachsorgemodells im Jahre 1982 hatte die Kassenärztliche Vereinigung versucht, das allgemeine Interesse daran durch zwei Umfragen unter allen Kassenärzten abzuschätzen. Es gingen ca. 750 positive Antworten von insgesamt 3700 befragten Ärzten ein, wobei ca. 13 % der Antworten von leitenden Klinikärzten kamen (17). Bei einer ersten vorläufigen Auswertung ca. 1/2 Jahre nach der Einführung ergab sich, daß die Anzahl der mitarbeitenden Ärzte (Dezember 1984: ca. 260) und die Anzahl der eingegangenen Dokumentationsbögen (ca. 2200 Ersterhebungsbögen und ca. 5400 Nachsorgeuntersuchungsbögen) kontinuierlich angestiegen waren. Die Beteiligung der Ärzte und die aktive Beteiligung der Patienten entwickelten sich hierbei parallel.

Andererseits konnte wegen zum Teil fehlerhafter Dokumentation (z.B. Verschlüsselung) bisher nur eine geringe Anzahl der Bögen effektiv ausgewertet werden. Da ähnliche Anlaufschwierigkeiten bei den meisten neu eingeführten Dokumentationssystemen auftre-

ten, soll nach Auskunft der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg zunächst die weitere Entwicklung verfolgt werden.

Das Tumorzentrum Stuttgart organisiert in unregelmäßigen Abständen onkologische Fortbildungsveranstaltungen, die auch den niedergelassenen Ärzten offenstehen.

Die Texte der dort gehaltenen Referate werden als Fortbildungsangebot zum Teil gedruckt bereitgehalten.

Es besteht kein vom Tumorzentrum organisierter telefonischer Konsiliardienst. Die niedergelassenen Ärzte wenden sich bei Anfragen direkt an die einzelnen Kliniken.

Im Rahmen des kooperativen Nachsorgemodells wurden mehrere regionale onkologische Arbeitskreise gegründet, in denen die jeweils auf Interessenbasis beteiligten niedergelassenen Ärzte eng mit dem Tumorzentrum oder einem onkologischen Schwerpunktkrankenhaus zusammenarbeiten. Außerdem sind hier folgende Aufgaben für die Arbeitskreise vorgesehen: Offene Diskussion aller Fragen der interdisziplinären Versorgung, konkret auch einzelner Probleme bei der Betreuung; Organisation der onkologischen Fort- und Weiterbildung; Zusammenarbeit mit Vertretern von Sozialdiensten und Selbsthilfegruppen.

Es besteht keine spezielle psychosoziale Betreuungseinrichtung. Die onkologischen Patienten werden durch die Sozialarbeiter der einzelnen Kliniken mitbetreut.

3.1.2 Nordbaden

Im Bereich der Bezirksärztekammer Nordbaden bestehen mehrere Nachsorgesysteme, die sich ergänzen und bei allen Tumorpatienten eine geregelte Nachsorge ermöglichen sollen .

3.1.2.1 Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim

Mitglieder des 1979 gegründeten Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim sind Kliniken und Institute

- der Universität Heidelberg
- des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ)
- des Krankenhauses Rohrbach (Klinik für Thoraxerkrankungen der Landesversicherungsanstalt Baden)
- des Klinikums der Stadt Mannheim

Nach Auskunft des Zentrums gibt es gegenwärtig keinen einheitlichen Nachsorgepaß. Der Paß der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden (s.S.108) hat sich noch nicht allgemein durchgesetzt.

Für alle Kliniken ist vorgesehen, den jeweiligen klinikspezifischen Entlassungsbrief mit organspezifischen Nachsorgebögen (s.S.104 f.) zu kombinieren. Der behandelnde niedergelassene Arzt füllt die Bögen nach den Untersuchungen durch Ankreuzen aus, schlägt einen ungefähren Termin für die nächste Nachsorgeuntersuchung vor und schickt die Formulare an die jeweilige Klinik zurück.

Mit Hilfe des elektronischen Einbestell- und Durchlaufsteuersystems "SARA" (=Scheduling and Resource Allocation) werden Patient und niedergelassener Arzt vor dem Nachsorgetermin automatisch angeschrieben (s.S.106). Der Patient wird gebeten, sich mit dem Hausarzt in Verbindung zu setzen und darauf hingewiesen, daß die Nachsorgeuntersuchung auch in der Klinikambulanz durchgeführt werden kann, falls der Hausarzt es wünscht. In diesem Fall informiert die Klinik den niedergelassenen Kollegen nach Eintreffen sämtlicher Untersuchungsbefunde anhand eines standardisierten Beurteilungsbogens.

Der Onkologische Arbeitskreis Heidelberg führt in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung der Bezirksärztekammer Nordbaden onkologische Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, aber auch für paramedizinisches Personal und für Studenten durch.

Das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim und der miteinbezogene Onkologische Arbeitskreis geben organbezogene Empfehlungen für eine

standardisierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge heraus, die in Form einer Schriftenreihe (s.S.107) allen Kollegen in umliegenden Krankenhäusern und kooperierenden Praxen zugänglich gemacht werden.

Es besteht kein zentral organisiertes telefonisches Tumorkonsil. Die Frauenklinik Mannheim hat ein spezielles Tumortelefon für Fragen der mitbetreuenden (niedergelassenen) Ärzte oder der Patienten eingerichtet.

Ein telefonischer Krebsinformationsdienst, vor allem für "medizinische Laien" entsteht gegenwärtig mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe im Deutschen Krebsforschungszentrum. Dort können allgemeine Auskünfte, z.B. über weiterführende Literatur, oder Anschriften von Behandlungszentren eingeholt werden. Eine persönliche Beratung zum Fall (Kompetenzbereich des behandelnden Arztes) ist nicht vorgesehen.

Der Heidelberger Onkologische Arbeitskreis wurde im Jahre 1966 gegründet, um besonders die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu verbessern. Zunächst kooperierten Internisten und Strahlentherapeuten, etwas später Vertreter aller klinischen Fächer, niedergelassene Ärzte und Mitarbeiter des Deutschen Krebsforschungszentrums (Gliederung des Arbeitskreises s.S.107). Zwei wichtige Aufgabengebiete wurden bereits genannt: Organisation von Fortbildungsveranstaltungen und Erarbeitung bzw. Weiterentwicklung standardisierter Richtlinien für Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Zu den Aufgaben des Gremiums zählen weiterhin allgemeine konsiliarische Tätigkeit, interdisziplinäre Beratungstätigkeit bei vorgestellten ambulanten und stationären Patienten und Planung/Überwachung wissenschaftlicher Studien.

Im Rahmen des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim wurde an der Chirurgischen Universitätsklinik mit Unterstützung der Deutschen Krebshilfe ein "Heidelberger Modell" zur psychosozialen Nachbetreuung Krebskranker verwirklicht. Ergänzend zur somatischen Nachsorge werden hier Maßnahmen zur psychologischen, sozialen und beruflichen Rehabilitation von Tumorkranken durchgeführt. "Das Ziel ist einerseits, den inkurablen Krebskranken auf einen menschenwürdigen Tod vorzubereiten, andererseits aber den dauerhaft

oder zeitlich begrenzt geheilten Krebspatienten in ein menschenwürdiges Leben zu führen" (6). Dazu arbeitet die aus klinischen Psychologen, ärztlichen Psychotherapeuten und Sozialarbeitern bestehende Rehabilitationsgruppe eng mit dem jeweiligen Hausarzt des Patienten zusammen. Außerdem werden überregional zugängliche Ausbildungs- und Fortbildungskurse für onkologische Nachsorge- und Rehabilitationskräfte (vor allem Schwestern und Sozialarbeiter) durchgeführt, aber auch Schulungskurse für Laienhelfer und Krebsselfhilfegruppen.

3.1.2.2 Nachsorgeprojekt Nordbaden

Anfang 1984 eröffneten die Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden und das Onkologische Zentrum am Klinikum der Stadt Mannheim ein flächendeckendes Nachsorgesystem, insbesondere für Patienten, die nicht in die organisierte Nachsorge einer Tumorambulanz (z.B. der Universitätskliniken) einbezogen sind. Im Nachsorgeprojekt Nordbaden sollen die niedergelassenen Ärzte die Mehrzahl der Nachuntersuchungen durchführen.

Der hier eingesetzte Nachsorgepaß (s.S.108) wurde vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Zusammenarbeit mit einer Arbeitsgruppe von Onkologen entworfen und - mit geringfügigen Unterschieden im Layout - bereits in anderen Bundesländern eingeführt. Die Pässe der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden sind zusätzlich nummeriert.

Es werden 11 verschiedene Nachsorgeschemata, darunter ein individuell festzulegendes (s.S.109), zur Einlage in den Paß angeboten. Sie orientieren den niedergelassenen Arzt über die durchzuführende Diagnostik und die Zeitabstände der einzelnen Untersuchungen. Der den Patienten erstmals als Tumorkranken qualifizierende Arzt (in Klinik oder Praxis) gibt den Paß mit dem entsprechenden Nachsorgeschema aus und führt ein Informationsgespräch über den Zweck dieses Organisationsmittels. Im Paß erfolgt keine offene oder verschlüsselte Befunddokumentation. Wenn er - wie vorgesehen - von allen mitbetreuenden Ärzten benützt wird, geht hervor, wann welche Nachsorgeuntersuchung durchgeführt hat. Neben den Angaben zum erkrankten Organ, zur Primärtherapie und zum Zeitpunkt

der Diagnosestellung sollen zu berücksichtigende Nebenerkrankungen dokumentiert werden.

Der Paß ersetzt nicht die rasche gegenseitige Befundmitteilung und Information der an der Nachsorge beteiligten Ärzte. Er ist ein Hilfsmittel für die Terminierung der erforderlichen Kontrolluntersuchungen: Terminerinnerung für den Patienten (durch Eintragung des nächsten Untersuchungstermins) und Terminorientierung für den Arzt (durch das tumorspezifische Nachsorgeblatt mit langfristig vorgegebenen Untersuchungsintervallen).

Zur Verbesserung der Dokumentation und gegenseitigen Information stellt die Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden außerdem neu entwickelte Onkologische Dokumentationsbögen ("Ersterhebung", "Nachsorgeerhebung", s.S.110) zur Verfügung. Die jeweils einzutragende Nachsorgepaßnummer ermöglicht eine anonymisierte Zusammenführung der Daten im Tumorregister des Onkologischen Zentrums am Klinikum der Stadt Mannheim. Da auch bei diesen Bögen auf Schlüsselsysteme verzichtet wurde - mit Ausnahme der zumeist vom Klinikarzt festgelegten TNM-Klassifikation -, können sie in kürzester Zeit ausgefüllt werden.

Auf dem Nachsorgeerhebungsbogen sollen vor allem pathologische Befunde und der nächste Nachsorgetermin dokumentiert werden.

Das Original bleibt jeweils beim ausfüllenden Arzt, die erste Durchschrift geht an mitbehandelnde Ärzte/Kliniken, die zweite Durchschrift anonymisiert an das Register.

Die Auswertung der Meldungen an das Nachsorgeregister der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden für das Jahr 1984 ergab, daß im ersten Jahr des Nachsorgeprojektes 183 niedergelassene Ärzte und 19 Kliniken mitgearbeitet hatten. Es waren 1755 Ersterhebungen (1227 von niedergelassenen Ärzten, 528 von Klinikärzten) und 1789 Nachsorgeerhebungen (1555 von niedergelassenen Ärzten, 234 von Klinikärzten) durchgeführt worden.

3.1.3 Nachsorgemodell Südbaden

Das 1979 gegründete Tumorzentrum Freiburg befindet sich seit Ende 1981 im Förderungsprogramm des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. In einer Arbeitsgruppe der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden wurde gemeinsam ein Nachsorgemodell für den Raum Südbaden erarbeitet, das wegen datenschutzrechtlicher Bedenken des Landesdatenschutzbeauftragten bisher nicht realisiert werden konnte. Nach Auskunft des Tumorzentrums Freiburg soll ein einheitliches Konzept für Baden-Württemberg abgewartet werden.

Im Rahmen dieses Nachsorgemodells soll jeder Tumorpatient einen numerierten "Terminkalender" mit entsprechenden Eintragungen erhalten, aus dem nur die durchgeführten und geplanten Untersuchungen ersichtlich sein sollen. Die Nachsorgepaßnummer ist das Bindeglied zum klinischen Informationssystem/Nachsorgeregister im Tumorzentrum Freiburg, d.h. Daten, insbesondere von Nachsorgeuntersuchungen, können an die Nummer gebunden anonymisiert von den Kliniken oder vom niedergelassenen Arzt übermittelt werden.

Als Grundlage für das Nachsorgemodell entwickelte das Tumorzentrum eine eigene Basisdokumentation (3). Die nicht-tumorspezifischen Erst-, Folge- und Abschlusserhebungsbögen erfassen den Minimaldatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (27). Zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten bei der Dokumentation von Nachuntersuchungen wurde ein besonderer onkologischer Nachsorgebogen (s.S.112) erstellt. Dieser lehnt sich an den in den Kliniken benützten Folgeerhebungsbogen an, ist jedoch im Interesse des Hausarztes vereinfacht.

Teile des Nachsorgebogens werden in der Klinik ausgefüllt. Der niedergelassene Arzt erhält den Bogen nach Entlassung des Patienten, zusammen mit dem Arztbrief, und leitet den Durchschlag des komplettierten Bogens an die klinische Dokumentation weiter. Die Durchschrift ist anonymisiert, enthält nur die Nachsorgepaßnummer des Patienten.

Nächster Nachsorgetermin und nachsorgende Stelle werden vom niedergelassenen Arzt auf dem onkologischen Nachsorgebogen, vom Kliniker auf dem Erst- bzw. Folgeerhebungsbogen angegeben und zusammen mit anderen Nachsorgedaten (wie dem entsprechenden Nachsorge-

schema) elektronisch gespeichert. Damit besteht die Möglichkeit eines computergestützten Terminüberwachungssystems, zunächst für den klinikinternen Gebrauch (keine automatische Wiedereinbestellung des Patienten mit verpflichtendem Charakter). Den onkologischen Ambulanzen können Einbestell-Listen mit patienten- und erkrankungsspezifischen Zusatzinformationen geliefert werden und eine Erinnerung an nicht wahrgenommene Nachsorgeuntersuchungen ist möglich.

Das Tumorzentrum Freiburg organisiert seit 1979 zweimal jährlich große onkologische Fortbildungsveranstaltungen, zu denen auch niedergelassene Ärzte eingeladen werden. Eine Teilnahme an den interdisziplinären Kolloquien im Klinikum Freiburg ist möglich.

Das Zentrum gibt keine speziellen onkologischen Fortbildungsschriften heraus.

Ein telefonischer Konsiliardienst besteht seit einigen Jahren.

Im Zentrum wurden Projektgruppen gebildet, wie z.B. "EDV/Dokumentation". Diese Projektgruppe erarbeitete für die einzelnen Klinikbereiche standardisierte Nachsorgeprogramme, die nach Tumorarten differenziert sind.

Die psychosoziale Betreuung onkologischer Patienten ist Hauptaufgabenbereich der Sozialarbeiter in den Kliniken des Zentrums, das nicht über klinische Psychologen oder ärztliche Psychotherapeuten verfügt.

Zur Verbesserung der Betreuung im Bereich der Kinderklinik stellt der Freiburger Förderverein für krebskranke Kinder Mittel bereit, so daß mehrere hauptamtliche Mitarbeiter beschäftigt werden können. In besonderen Fällen steht die hier eingesetzte Psychologin auch für andere Problemstellungen zur Verfügung.

3.1.4 Tumorzentrum Ulm

Nach Auskunft des Zentrums wird gegenwärtig in den Kliniken kein einheitlicher Nachsorgepaß ausgegeben. Das nord-württembergische Konzept mit verschlüsselter Befunddokumentation im Paß fand keine Anerkennung.

3.1.4.1 Nachsorgekonzept der Abteilung für Gynäkologie

Die gynäkologische Abteilung baute vor mehreren Jahren ein Nachsorgesystem für Tumorpatienten auf. Dabei wird die Nachsorge in der Regel durch die Frauenklinik durchgeführt, zum Teil auch im Wechsel mit kooperierenden niedergelassenen Gynäkologen. In geeigneten Fällen erfolgt die Betreuung ausschließlich durch den niedergelassenen Fachkollegen. Zur Dokumentation wird in der Klinik jeweils ein "Malignompatientinnen-Leitblatt" angelegt. Dieses umfaßt 4 DIN-A4-Seiten zur übersichtlichen Eintragung der körperlichen, technischen und operativen Untersuchungsbefunde, der durchgeführten Therapie (incl. Radiatio), des Tumorstadiums und der Diagnosen. Außerdem dokumentiert der Klinikarzt den jeweiligen Entlassungsbefund nach stationärer Behandlung. Für jeden weiteren Besuch wird ein spezielles Nachsorge-Einlegeblatt (s.S.113) ausgefüllt. Auf einer DIN-A4-Seite werden die wichtigsten Verlaufsdaten dokumentiert. Der behandelnde Hausarzt und das Strahleninstitut erhalten einen Durchschlag des Nachsorge-Einlegeblattes. Führt der niedergelassene Arzt die Untersuchung aus, geht ein Durchschlag des Einlegeblattes an die Klinik.

Da das System seit längerer Zeit angewendet wird, besteht nach Auskunft der Frauenklinik inzwischen eine geregelte Zusammenarbeit mit rechtzeitiger gegenseitiger Information und geordneter Dokumentation. Die Aufnahme in die Interdisziplinäre Tumordokumentation des Zentrums ist vorgesehen (24).

3.1.4.2 Nachsorgekonzept der Abteilung für Allgemeine Chirurgie

In der Abteilung für Allgemeine Chirurgie werden alle Patienten - potentiell kurativ und auch palliativ operierte - in die organisierte Nachsorge einbezogen ("Nachsorgekonzept Ulm", s.S.113). Perioperativ wird von jedem Tumorpatienten eine Nachsorgeakte angelegt, wobei Patientendaten, pTNM-Klassifikation, Operationsergebnis und Histologiebefund als Basisdaten für die Nachsorge elektronisch gespeichert werden. Die Information des Hausarztes erfolgt bei Entlassung des Patienten. Die erste postoperative Nachsorgeuntersuchung findet in jedem Fall in der Klinik statt, danach übernimmt der Hausarzt die Weiterbetreuung. Die EDV-Zen-

trale der Klinik führt die Terminierung (rechtzeitige Einbestellung des Tumorpatienten zum Hausarzt) durch und stellt zu diesem Zweck dem Arzt und dem Patienten gleichzeitig eine Nachsorgeaufforderung zu. Der Hausarzt informiert die Klinik über die abgeschlossene Nachuntersuchung mit Hilfe eines standardisierten Kurzbriefes. Die elektronische Speicherung der so übermittelten Daten ist geplant.

Bei fehlender Rückmeldung durch den niedergelassenen Arzt wird dieser zunächst schriftlich, dann telefonisch benachrichtigt. Der Patient erhält keine zweite Nachsorgeaufforderung.

Bis zum Herbst 1984 konnten 115 Hausärzte in dieses Nachsorgekonzept der Abteilung für Allgemeine Chirurgie der Universität Ulm einbezogen werden.

Im Jahre 1983 wurden 205 Patienten mit einem kolorektalen Karzinom EDV-gestützt zum Hausarzt einbestellt. Bei 141 Patienten erfolgte eine termingerechte, korrekte Nachsorge, bei 30 Patienten eine termingerechte, aber unvollständige Nachsorge. Nach der ersten Mahnung fand sich bei 16 Patienten eine korrekte, bei 4 Patienten eine unvollständige Nachsorge, nach der zweiten Mahnung gingen noch Befunde für 3 Patienten ein.

Zusammengefaßt wurde bei 194 dieser Patienten (95 %) eine kontrolliert gesteuerte Nachsorge durchgeführt (24).

Informationen zu den Gesichtspunkten Fortbildungsveranstaltungen/-schriften, telefonisches Tumorkonsil, Projektgruppen und psychosoziale Betreuung liegen aus dem Tumorzentrum Ulm nicht vor.

3.2 Berlin

Förderung der Zusammenarbeit aller an der Tumorbekämpfung beteiligten Ärzte West-Berlins und Verbesserung der Nachsorge von behandelten Tumorpatienten sind zwei Aufgabenbereiche des 1978 gegründeten gemeinnützigen Vereins Tumorzentrum Berlin e.V.. Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Berlin, der Senator für Gesundheit und Umweltschutz, die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände und die Deutsche Krebsgesellschaft, Landesverband Berlin, sind durch Delegierte im Beirat vertreten.

Unter Mitwirkung einer Arbeitsgruppe des Zentrums wurde ein Nachsorgepaß (s.S.114) mit 9 verschiedenen Einlegeblättern entwickelt und in Berlin eingeführt. Wie bei anderen Konzepten, trägt der ausstellende Arzt Angaben zur Diagnostik und Behandlung ein. Für "weitere Angaben" ist eine eigene Seite vorgesehen. Außerdem legt er das organbezogene Nachsorge-Basisprogramm ein. Die mitbetreuenden Ärzte werden auf der Rückseite der Einlegeblätter gebeten, im Nachsorgepaß jeweils einen Vermerk über die Kontrolluntersuchung anzubringen. Es ist individuell zu entscheiden, ob auch Befunde eingetragen werden. Der Paß enthält Stempelfelder für alle behandelnden Ärzte bzw. Kliniken und - ähnlich wie der vom Tumorzentrum München entwickelte Nachsorgetermin kalender - Freiraum für Eintragungen des Patienten (Text: "Welche Fragen habe ich an meine Ärzte: .."). Auf der letzten Seite sind die Möglichkeiten der Nachgehenden Krankenfürsorge angegeben. Der Nachsorgepaß wird seit 1983 eingesetzt, wobei im Jahre 1984 ca. 2000 Pässe - vor allem an Selbsthilfegruppen und niedergelassene Ärzte - ausgegeben wurden.

Nach Auskunft des Tumorzentrums ist in den Kliniken des Onkologischen Zentrums (Universitätskliniken Steglitz, Charlottenburg) und des Onkologischen Schwerpunktes (Rudolf-Virchow-Krankenhaus, Krankenhaus Neukölln) die Basisdokumentation der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren eingeführt. Da in Berlin die Nachuntersuchungen vorwiegend in den Tumorambulanzen und nur zum kleinen Teil von den niedergelassenen Kollegen durchgeführt werden, sind diese Ärzte - abgesehen vom Nachsorgepaß - bisher nicht in das Dokumentationskonzept für die Nachsorge einbezogen.

Das Tumorzentrum und die Akademie für ärztliche Fortbildung organisieren regelmäßig onkologische Fortbildungsveranstaltungen. Die Akademie prüft Themenvorschläge von Mitgliedern des Zentrums und übernimmt gegebenenfalls die organisatorische Durchführung (Einladungen an niedergelassene Ärzte etc.)

In Kooperation mit der Gesundheitsbehörde wurde ein Merkblatt für Ärzte (s.S.115) herausgegeben, das aufgrund seiner Ausführlichkeit auch niedergelassenen Kollegen eine Hilfe bei der Beratung und Information ihrer Tumorpatienten sein kann. Darin werden kurz

die Aufgaben der Sozialarbeiter in der Nachgehenden Krankenfürsorge der Gesundheitsämter und detailliert die in Frage kommenden materiellen Hilfen beschrieben.

Ein weiteres Merkblatt für die Patienten (s.S.117) informiert über die "vier Säulen der Nachsorge": den Hausarzt, die auf die Krankheit spezialisierten Ärzte, die Sozialarbeiter der Nachgehenden Krankenfürsorge und die Selbsthilfegruppen.

Zur Information über aktuelle Fragen der Diagnostik, Therapie und Nachsorge einiger Tumorerkrankungen können die Veröffentlichungen der Arbeitsgruppen des Zentrums herangezogen werden.

Seit längerer Zeit steht ein Merkblatt mit den Telefonnummern onkologisch erfahrener Ärzte verschiedener Kliniken zur Verfügung. Nach Auskunft des Tumorzentrums wird dieser Konsiliardienst praktisch nicht in Anspruch genommen.

Im Tumorzentrum Berlin bestehen gegenwärtig 9 Arbeitsgruppen, von denen einige tumorspezifisch organisiert sind (z.B. Maligne Lymphome), andere spezielle Aufgabengebiete haben (z.B. Studienberatungskomitee).

Die psychosoziale Betreuung erfolgt durch die Sozialarbeiter der Kliniken und die Mitarbeiter der Nachgehenden Krankenfürsorge in den einzelnen Bezirken. Eine zunehmende Bedeutung haben dabei auch die zahlreichen Selbsthilfegruppen und Interessengemeinschaften.

3.3. Hamburg

Das 1976 gegründete Tumorzentrum Hamburg wurde bis Ende 1981 von der Deutschen Krebshilfe unterstützt. Die Anschlußförderung durch das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung war mit einer Änderung der Organisationsstruktur des Zentrums verbunden, das jetzt ein onkologischer Arbeitskreis für die drei Versorgungsebenen Krebskranker in Hamburg sein soll (28).

Die drei Ebenen (s.S.8) setzen sich aus folgenden Einrichtungen zusammen, die direkt oder indirekt von der Bundesregierung gefördert werden:

1. Tumorzentrum des Universitätskrankenhauses Eppendorf (UKE)
2. Onkologischer Schwerpunkt (Krankenhäuser St. Georg, Altona und Spezialabteilungen in Harburg und Barmbek)
3. 7 Onkologische Schwerpunktpraxen

Seit Januar 1984 wird von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ein Nachsorgepaß ausgegeben, um die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ärzten besser zu koordinieren. Das Konzept dieses Passes (keine Befunddokumentation, durchgeführte und vorgesehene Untersuchungen im Überblick) wurde bereits beschrieben (s.S.44).

Nach Auskunft des Tumorzentrums Eppendorf wird dieser Nachsorgepaß in den angeschlossenen Kliniken an die Patienten ausgegeben.

Gegenwärtig (Februar 1985) werden zur Dokumentation die Erhebungsbögen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, zum Teil auch die organspezifische Dokumentation, eingeführt und nach Ergänzung um klinisch relevante Daten auf die EDV-Anlage des Zentrums übernommen.

Die Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte ist langfristig geplant. Diese erhalten die für die Nachsorge erforderlichen Daten zur Zeit durch die jeweiligen konventionellen Arztbriefe.

Die Bundesregierung unterstützt den Aufbau eines Onkologisch-Klinischen Informationssystems (OKIS) am Tumorzentrum Eppendorf. Beteiligt sind zunächst die Abteilung für Onkologie und Hämatologie, die Strahlentherapie und Chirurgie. "In der ersten Stufe ist ein klinisches Register mit Schwerpunkten in der Nachsorge geplant, das primär der Erleichterung der medizinischen Tätigkeiten auf der Station bzw. Ambulanz dienen soll" (19). So druckt der Computer beispielsweise Dokumentationsbögen mit Daten der jeweils vorangegangenen Nachsorgeuntersuchung aus, die weitgehend durch Ankreuzen auszufüllen sind.

Datenweitergabe an andere Abteilungen ist nur im Behandlungszusammenhang möglich, d.h. "nur, wenn eine Abteilung im Auftrag der Station, auf der der Patient liegt, für den Patienten tätig wird" (19). Für die Zukunft sind Textverarbeitung für Arztbriefe und rechnergeführte Terminkalender zur Nachsorgeplanung vorgesehen.

Am Onkologischen Schwerpunkt Hamburg entstand ab 1982 eine Datensammlung als Basis eines klinischen Nachsorgeregisters. Inzwischen wird auch hier die EDV eingeführt. Im Gegensatz zu den meisten anderen Registern erfolgt die Datenerfassung über Arztbriefkopien und nicht über spezielle Erhebungsbögen (11).

Die regelmäßig durchgeführten klinisch-onkologischen Konferenzen und Kolloquien des Onkologischen Schwerpunktes Hamburg und des Tumorzentrums Eppendorf stehen auch den niedergelassenen Ärzten der Region offen und sollen die Zusammenarbeit intensivieren. Während des Wintersemesters organisiert das Tumorzentrum 3 - 5 große onkologische Fortbildungsveranstaltungen, zu denen die Kollegen aus der Praxis schriftlich eingeladen werden.

Wegen der hohen Druckkosten stehen gegenwärtig im Tumorzentrum keine Fortbildungsschriften für niedergelassene Ärzte zur Verfügung.

Für Ärzte und auch für Patienten werden zahlreiche telefonische Beratungsgespräche mit onkologisch erfahrenen Klinikern vermittelt.

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit (vor allem der onkologischen Schwerpunktpraxen) mit den Hausärzten gibt es einen hämatologisch-onkologischen Arbeitskreis, der sich einmal im Monat im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg trifft und allen interessierten Ärzten offensteht. Einzelne Tumorarten werden systematisch diskutiert, eigene Problemfälle können vorgestellt werden.

Der Arbeitskreis weist aktuelle Literatur nach, erarbeitet Therapieprotokolle und bietet einen hämatologischen Mikroskopiekurs sowie einen telefonischen Beratungsdienst für niedergelassene Ärzte und Kliniken an.

"Hamburger Modell" ist die Bezeichnung für eine hier am weitesten entwickelte Möglichkeit der Kooperation zwischen onkologischen Schwerpunktkrankenhäusern bzw. Tumorzentren und niedergelassenen Ärzten. Gemeint sind die bereits erwähnten onkologischen Schwerpunktpraxen Hamburgs, die seit 1976 mit Unterstützung der Kassen-

ärztlichen Vereinigung als Praxisgemeinschaften mit hämatologisch-onkologischem Schwerpunkt gegründet wurden. Behandlungsstation zur ambulanten Zytostatika-Therapie, Labor, Röntgen- und nuklearmedizinische Abteilung, endoskopische, ultrasonographische und kardiologische Untersuchungseinrichtungen werden von den in gleichen Räumen oder enger lokaler Organisation kooperierenden, zumeist internistisch weitergebildeten Ärzten gemeinsam benutzt. Diese können damit die aktive Langzeitversorgung von Tumorpatienten übernehmen und in unkomplizierten Fällen auch nicht operative Primärtherapien vollständig durchführen. "Das (onkologische) Zentrum wird von Routineaufgaben der Krankenversorgung entlastet und kürzere Liegezeiten erlauben einen größeren Patientendurchgang" (9). Enge Kontakte der Praxen zu mehreren onkologischen Zentren ergeben sich auch daraus, daß die niedergelassenen Ärzte ihre langjährige Weiterbildung zum Teil dort absolvierten.

Die passive Nachsorge (s.S.3) ist in diesem Modell vor allem ein Aufgabenbereich des Hausarztes. Er betreut weiterhin den Patienten als Gesamtpersönlichkeit, gerade auch in psychosozialer Hinsicht, er überwacht/erkennt etwaige Nebenerkrankungen und führt - seinem Wissensstand entsprechend - u.U. auch aktive therapeutische Maßnahmen, z.B. eine Alkeran-Monotherapie, durch.

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung förderte ab 1982 onkologische Schwerpunktpraxen in Hamburg als Modellversuch.

1984 wurde auch ein Modellvorhaben "Onkologieschwester" der Kasernenärztlichen Vereinigung Hamburg unterstützt. Dabei haben fünf Krankenschwestern die Möglichkeit, sich in den Schwerpunktpraxen und dem Tumorzentrum Eppendorf weiterzubilden (28).

Seit dem 1. 1. 1929 besteht in Hamburg der Nachgehende Krankenhilfsdienst der Gesundheitsbehörde. Dabei handelt es sich um eine öffentliche fürsorgerische Betreuung für Krebspatienten nach der Entlassung aus stationärer Behandlung.

3.4. Hessen

3.4.1 Tumorzentrum Rhein-Main

Das Tumorzentrum wurde 1979 gegründet und verfügt seit Mitte 1982 über hauptamtliche Mitarbeiter.

Nach Auskunft des Zentrums wird der Nachsorgepaß der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den Kliniken an die Patienten ausgegeben. Es handelt sich um den bereits näher beschriebenen Paß des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (s.S.44), der nur bei potentiell kurativ behandelten Patienten eingesetzt werden soll. Zur Einlage in den Paß stehen hier 21 verschiedene Nachsorgeschemata für die häufigsten Tumorlokalisationen zur Verfügung.

Die Entwicklung und Verwendung standardisierter Dokumentationsbögen, speziell Nachsorgebögen, ist in den Kliniken des Tumorzentrums unterschiedlich weit fortgeschritten. An der Spitze stehen dabei die Abteilungen für Gynäkologie und Chirurgie, deren Daten bereits EDV-mäßig erfaßt werden können.

Das Tumorzentrum organisiert allgemeine onkologische Fortbildungsveranstaltungen. Eine Veranstaltung speziell für niedergelassene Ärzte fand keine große Resonanz.

Es stehen verschiedene Fortbildungsschriften zur Verfügung, z.B. ein Chemotherapie-Manual und ein Prospekt über das Tumorzentrum Rhein-Main (Aufgaben, Mitglieder). Gegenwärtig wird ein die Tumornachsorge behandelndes Informationsprogramm für niedergelassene Ärzte erstellt. Es kann von Interessenten über Bildschirmtext abgerufen werden.

Nach Auskunft des Zentrums besteht ein telefonischer Konsiliardienst für niedergelassene Ärzte.

Die Kassenärztliche Vereinigung strebt die Bildung weiterer onkologischer Arbeitskreise an, in denen praktizierende Ärzte mit erfahrenen Onkologen kooperieren sollen.

Nach Auskunft des Zentrums stehen gegenwärtig keine Mittel für eine psychosoziale Betreuungseinrichtung zur Verfügung. Eine Diplom-Psychologin konnte drei Jahre lang eingesetzt werden.

3.4.2 Darmstädter Modell

Seit 1982 fördert die Deutsche Krebshilfe die Städtischen Kliniken Darmstadt im Rahmen ihrer Unterstützung für sogenannte Onkologische Schwerpunktkrankenhäuser. Nach Abschluß der entsprechenden Vorbereitungen - u.a. Einrichtung einer Koordinations- und Dokumentationszentrale an den Städtischen Kliniken, Entwicklung von Nachsorge-Dokumentationsbögen - konnte im Juli 1984 das "Darmstädter Modell" (s.S.119) die Arbeit aufnehmen. Hierbei handelt es sich um einen Modellversuch zur ambulanten passiven Tumornachsorge und EDV-gestützten Dokumentation der Städtischen Kliniken Darmstadt und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Ein wichtiges Ziel ist die schnelle und umfassende Information aller an der Nachsorge des Tumorkranken beteiligten Ärzte in Klinik und Praxis über den Krankheitsverlauf.

Als Orientierungshilfe für die Nachsorge und zur Terminerinnerung für den Patienten wird im Rahmen des Darmstädter Modells der Nachsorgepaß der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen verwendet.

Im Onkologischen Schwerpunkt Darmstadt werden nach jeder Nachsorgeuntersuchung vom Computer ausgedruckte Arztbriefe an alle mitbehandelnden Ärzte und Kliniken verschickt. Diese Computerbriefe enthalten die Diagnose im Klartext sowie alle durchgeführten und noch laufenden Behandlungen. Sie können nur erstellt werden, wenn dem Dokumentationszentrum zuvor die Ergebnisse der jeweiligen Nachsorgeuntersuchung übermittelt wurden. Der behandelnde (zumeist niedergelassene) Arzt trägt dazu alle Untersuchungsbefunde in einen standardisierten organspezifischen Nachsorgebogen ("Passive Tumornachsorge", s.S.118) ein und schickt den Durchschlag (nicht-anonymisiert) an die Dokumentationsstelle. Vergehen

mehr als drei Wochen zwischen geplantem Untersuchungstermin und Rückmeldung an den Computer, wird der die Nachsorge koordinierende Arzt erneut schriftlich benachrichtigt (EDV-gestütztes Erinnerungsverfahren). An dem Modellversuch nehmen gegenwärtig nur Patienten teil, die in den Städtischen Kliniken Darmstadt primärbehandelt wurden und deren Krankheits- und Behandlungsdaten dort elektronisch erfaßt sind. Zu diesem Zweck füllen die Stationsärzte den standardisierten allgemeinen Erkrankungsbogen aus. Aus Datenschutzgründen ist die schriftliche Einwilligung des Patienten (s.S.118) für die Speicherung in jedem Fall erforderlich.

Der Onkologische Schwerpunkt führt Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte durch.

Zur Verbesserung der Langzeitüberwachung von Tumorkranken bietet die Kassenärztliche Vereinigung Hessen allen interessierten Kassenärzten eine zusammenfassende Loseblattsammlung mit Erläuterungen zum Nachsorgepaß, zu den Nachsorgeschemata und zum Modellversuch an.

Als systematisches Fortbildungsangebot (Zielgruppe: niedergelassene Ärzte) läuft seit Januar 1985 im Hessischen Ärzteblatt eine Veröffentlichungsserie mit praxisbezogenen Empfehlungen zur Nachsorge.

3.5 Niedersachsen

3.5.1 Tumorzentrum Hannover

In der Medizinischen Hochschule wurde seit 1973 versucht, die Tumorbildung in geregelter Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten durchzuführen. Der große Einzugsbereich des hier 1977 gegründeten Tumorzentrums Hannover reicht von der DDR-Grenze im Osten bis ca. Bielefeld im Westen, umfaßt den gesamten Raum bis zur Nordseeküste und den Süden von Hannover, ungefähr bis zum Harz.

Nach Auskunft des Zentrums wird der niedersächsische Nachsorgepaß in den angeschlossenen Kliniken an potentiell kurativ - zumeist operativ - therapierte Patienten ausgegeben. Bei den intern-

stisch-hämatologischen Tumorerkrankungen liegen häufig bereits fortgeschrittene Krankheitsstadien vor, wenn diese Patienten in die Medizinische Hochschule kommen. Der Nachsorgepaß entspricht dem auch in Hamburg verwendeten Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (s.S.44). Die organspezifischen standardisierten Nachsorgeempfehlungen (auch hier als Einlegeblätter) sollen von einer Projektgruppe der neu gegründeten "Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Arbeitskreise in Niedersachsen" regelmäßig überprüft und aktualisiert werden.

Zum Aufbau einer systematisierten Nachsorge und zur Erleichterung des Informationsaustausches zwischen den jeweils mitbetreuenden Ärzten und Institutionen wurden in Hannover und Göttingen besondere Verlaufsdokumentationsbögen (Erstvorstellung, Behandlung, Nachsorge; s.S.120) entwickelt. In Abwandlung der ADT-Formulare, deren Basisdatensatz teilweise enthalten ist, wurde der Schwerpunkt auf die Praktikabilität (schnelles und erleichtertes Ausfüllen) gelegt. Jeder Bogen hat drei Durchschläge. Das Original dient als Kurzarztbrief für den Hausarzt bzw. die Klinik, der erste Durchschlag verbleibt beim dokumentierenden (erstbehandelnden) Arzt, der zweite geht an mitbetreuende Kollegen und der dritte wird für die Datenerhebung in der jeweiligen Dokumentationsstelle verwendet.

Das Tumorzentrum organisiert seit vielen Jahren onkologische Seminarveranstaltungen für niedergelassene Ärzte ("Praktikerseminare"), an denen jeweils 50 bis 100 dieser Kollegen teilnehmen.

Der Onkologische Arbeitskreis und das Tumorzentrum Hannover erarbeiteten gemeinsam das Curriculum einer Basisfortbildung in Onkologie. Durch gezielte Kompetenzvermittlung sollen besonders in der Peripherie tätige Ärzte in die Lage versetzt werden, eine qualifizierte aktive und passive Nachsorge von Tumorpatienten zu übernehmen. Geplant sind 18 Themenkreise, pro Thema eine Richtzeit von drei Stunden und eine Gesamtdauer des Curriculums von zwei Jahren.

Zur Vorbereitung erhalten die Teilnehmer jeweils die vorab gedruckten Grundsatzreferate, mit denen die einzelnen Tumorguppen systematisch aufgearbeitet werden.

Arbeitskreise in Niedersachsen vorgestellt (26). Die 23 Arbeitskreise führen die regionale Organisation der einzelnen Veranstaltungen in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung durch.

Der Onkologische Arbeitskreis Hannover arbeitet eng mit dem Tumorzentrum zusammen. Die Einrichtung einer EDV-gestützten Nachsorgeleitstelle (wie in Göttingen, siehe unten) ist vorgesehen.

Im Tumorzentrum Hannover stehen zwei Psychologen zur Verfügung, um die psychosoziale Betreuung der onkologischen Patienten zu verbessern.

3.5.2 Tumorzentrum Göttingen

Das de facto seit 1979 bestehende Tumorzentrum Göttingen übernahm 1982 konkrete, vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung definierte Aufgaben im südlichen Niedersachsen.

Der niedersächsische Nachsorgepaß konnte sich in den hier kooperierenden Kliniken bisher nicht durchsetzen.

Die Nachsorgedokumentation läuft in der Region Göttingen vor allem über das onkologische Sekretariat niedergelassener Ärzte.

Wie in vielen Kliniken des Tumorzentrums Hannover, werden auch in Göttingen die neuen, einheitlichen Verlaufsdokumentationsbögen verwendet. Die niedergelassenen Ärzte beteiligen sich zum Teil an dieser Verlaufsdokumentation, indem sie die ausgefüllten Nachsorgebögen an das onkologische Sekretariat zurückschicken.

Das Tumorzentrum Göttingen organisierte für Herbst 1985 eine Veranstaltungsreihe für Schwestern, Pfleger und vor allem auch Arzthelferinnen aus den Praxen der niedergelassenen Kollegen.

Neu zusammengestellte Leitlinien für Diagnose, Therapie und Nachsorge maligner Erkrankungen in Form von Lose-Blatt-Sammlungen befinden sich gegenwärtig in Druck.

Das Zentrum kann mit Hilfe einer Zusammenstellung der Sprechzeiten sämtlicher onkologischer Ambulanzen telefonische Ansprechpartner vermitteln. Da sich auch hier die Zusammenarbeit Klinik - Praxis bereits eingespielt hat, wenden sich die niedergelassenen Ärzte überwiegend direkt an die ihnen bekannten erfahrenen Kollegen.

1984 waren ca. 195 niedergelassene Kassenärzte im Onkologischen Arbeitskreis Göttingen (einem der größten Arbeitskreise des Bundesgebietes) organisiert. Die Mehrheit gehörte gleichzeitig dem Tumorzentrum Göttingen (ca. 240 Mitglieder) an, so daß ein gemeinsames Büro ("onkologisches Sekretariat") eingerichtet und eine gemeinsam benutzte EDV-Anlage installiert werden konnte.

Diese speichert tumorspezifische Krankheitsdaten von allen Patienten, die sich in der Nachsorge befinden. Behandelnde Ärzte des Onkologischen Arbeitskreises und des Tumorzentrums können die entsprechenden Daten jederzeit abrufen, auch wenn diese der Dokumentationszentrale von mitbehandelnden Kollegen übermittelt wurden. Rechtsgrundlage sind hierbei verschiedene vertragliche Vereinbarungen, die insbesondere sicherstellen, daß ein Zugriff auf personenbezogene Daten durch Ärzte, die nicht mit der Behandlung betraut sind, ausgeschlossen ist (25). Jeder Patient wird vor Speicherung seiner Krankheitsdaten durch ein Merkblatt genau über Sinn und Zweck der zentralen Dokumentation und über sein Einspruchsrecht informiert.

DAS EDV-gestützte onkologische Sekretariat arbeitet als Nachsorge-Leitstelle. Vor jeder geplanten Untersuchung erhalten die Ärzte in der Praxis den Nachsorgebogen, auf dem die Identifikationsdaten des Patienten sowie zusammenfassende Angaben zur Diagnose und bisherigen Therapie ausgedruckt sind. Eine gleichzeitige Benachrichtigung des Patienten ist nach Auskunft des Tumorzentrums Göttingen nicht vorgesehen.

Zur Verbesserung der Betreuung im psychosozialen Bereich ist dem Zentrum ein klinisch tätiger Psychologe angeschlossen.

3.6 Nordrhein-Westfalen

Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe und Nordrhein gibt es seit vielen Jahren auf unterschiedlichen Ebenen Bemühungen, die Zusammenarbeit von Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten bei der Tumornachsorge zu verbessern.

Die Gesichtspunkte

- o Nachsorgepaß
- o Onkologische Arbeitskreise
- o Nachsorgekliniken

sind hier den Darstellungen der vier beschriebenen Tumorzentren vorangestellt.

Anfang 1981 wurde in Nordrhein-Westfalen ein einheitlicher Nachsorgepaß (Kennzeichen: unverschlüsselte Befunddokumentation, Durchschreibesätze wie im aktuellen nord-württembergischen Paß) ausgegeben, dessen Konzept überwiegend abgelehnt wurde (12).

Seit 1983 wird eine neu gestaltete Auflage des Nachsorgepasses eingesetzt. Dabei handelt es sich um den Entwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (s.S.44).

Die Ende der siebziger Jahre entstandene "Aktionsgemeinschaft nordrhein-westfälischer Tumorzentren und onkologischer Arbeitskreise" (ATO) soll die mit dem Paß zu verwendenden tumorspezifischen Nachsorge-Schemata und -Empfehlungen laufend aktualisieren (1).

Wie in Niedersachsen, bestehen auch in Nordrhein-Westfalen bereits vielerorts onkologische Arbeitskreise - 15 allein im Kammerbereich Westfalen-Lippe -, in denen sich niedergelassene Ärzte und in der Klinik tätige Ärzte zusammengeschlossen haben, um die Fortbildung für beide Seiten zu verbessern, Absprachen über einheitliches Vorgehen in der Therapie und Nachsorge zu ermöglichen und eine Basis zur Diskussion von Problemfällen zu schaffen.

Auf Veranlassung des behandelnden Hausarztes oder Klinikarztes kann bis zum Ablauf von drei Jahren nach Beendigung der Primärtherapie eine mehrwöchige stationäre Nachsorge in einer von 18 speziellen Kurkliniken im Bundesgebiet erfolgen. Diese werden von der "Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung der Träger der

gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung im Lande Nordrhein-Westfalen" (ARGE) belegt und sind auch mit onkologisch erfahrenen Ärzten besetzt, die z.B. eine begonnene Chemotherapie weiterführen können.

Die meisten Kurkliniken behandeln ausschließlich Tumorkranke (sog. "Monohäuser") und sind auf bestimmte Erkrankungsschwerpunkte (z.B. urologische Tumoren) ausgerichtet. 6 Kliniken werden auch mit Patienten anderer Erkrankungen belegt (10).

Zur Verbesserung der Zusammenarbeit und des Erfahrungsaustausches, insbesondere mit den niedergelassenen Ärzten, sind jeweils 2 oder mehr der 18 Kliniken einem regionalen onkologischen Arbeitskreis in Nordrhein-Westfalen zugeordnet.

3.6.1 Tumorzentrum Aachen

Dem 1978/79 gegründeten Tumorzentrum Aachen sind gegenwärtig die Universitätskliniken und drei Stadtkrankenhäuser angeschlossen.

Der Versuch, einen Nachsorgepaß an die in den Kliniken des Zentrums primärbehandelten Patienten auszugeben, wurde abgebrochen, da der Paß keine allgemeine Anerkennung fand.

Die Dokumentationsformulare (Version II) für die Erfassung der Daten im Klinischen Tumorregister der Technischen Hochschule Aachen basieren auf dem Minimaldatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (27), wurden aber in praktisch wichtigen Details verbessert. Die Bögen sind in nicht-tumorspezifische Erst-, Folge- (s.S.121) und Abschlusserhebungsformulare aufgeteilt. Die Dokumentation einer problemlosen (befundfreien) Nachuntersuchung wird durch farbige Hervorhebung des entsprechenden Merkmalsspektrums im Folgeerhebungsbogen erleichtert.

Nach Auskunft des Tumorregisters konnte neben den angeschlossenen Kliniken bisher eine onkologische Schwerpunktpraxis in die Dokumentation mit einbezogen werden. Die Folgeerhebungsbögen werden dabei von Mitarbeitern des Registers einmal monatlich in der Praxis ausgefüllt.

Einige Abteilungen vereinbarten eine "alternierende Nachsorge" mit den niedergelassenen Ärzten, d.h. die Betreuung erfolgt im Wechsel zwischen Haus- und Klinik-Arzt (Operateur), z.B. in der Form, daß der Patient zu jedem vierten Nachuntersuchungstermin in die Tumorsprechstunde der Klinik kommt. Nach Auskunft des Tumorzentrums wird die Nachsorge insgesamt weitgehend durch die niedergelassenen Haus- bzw. Gebietsärzte durchgeführt. Diese nehmen die Polikliniken in der Regel nur für spezielle apparative Maßnahmen oder wenn der Krankheitsverlauf es erforderlich macht, in Anspruch.

Einmal wöchentlich findet im Tumorzentrum Aachen eine interdisziplinäre onkologische Konferenz statt. Niedergelassene Ärzte können schwierige Fälle mit Klinikkollegen der Spezialgebiete besprechen und Patienten vorstellen.

Für einige Tumorarten (z.B. Harnblasen-Tumoren, gynäkologische Karzinome) wurden Informationen in Lose-Blatt-Form herausgegeben. Daneben stehen den nachbetreuenden Hausärzten die Empfehlungen der vorgenannten Aktionsgemeinschaft (s.S.61) zur Verfügung.

Telefonische Anfragen niedergelassener Ärzte werden ohne organisatorische Mitwirkung des Tumorzentrums durch die Ärzte der einzelnen Kliniken beantwortet.

Im Tumorzentrum Aachen besteht keine psychosoziale Betreuungseinrichtung, doch konnte eine enge Zusammenarbeit mit der örtlichen Selbsthilfegruppe aufgebaut werden.

3.6.2 Programmierte Gesamtbetreuung im Tumorzentrum Bonn

Aus dem seit 1976 bestehenden Onkologischen Arbeitskreis entstand 1979 das Tumorzentrum Bonn. Die Anerkennung durch die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren erfolgte im Jahre 1984.

Nach Auskunft des Zentrums wird der nordrhein-westfälische Nachsorgepaß in wenigen geeigneten Fällen an die Patienten ausgegeben. Die Nachsorgeschemata mit den vorgeschlagenen Untersuchungen und Zeitabständen sind nicht allgemein anerkannt.

Von 1976 bis 1980 förderte das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit eine Modellaktion zur "Programmierten Gesamtbetreuung von Tumorpatienten" (s.S.123). Besonderer Wert wurde auf die Unterstützung der niedergelassenen Ärzte bei der komplexen Nachsorge internistisch behandelter Tumorpatienten gelegt (4).

Zwei wichtige Elemente dieses Modells sind die Koordinationszentrale für Onkologische Nachsorge des Tumorzentrums Bonn und die Nachsorge-Checklisten für niedergelassene Ärzte. Die Koordinationszentrale - geführt von einem onkologisch erfahrenen Arzt - steuert und kontrolliert mit Hilfe einer eigenen EDV-Anlage die Nachsorge und kommuniziert mit den Ärzten der behandelnden (Universitäts-) Klinik und vor allem mit den niedergelassenen Ärzten. Nach durchgeführter Primärtherapie erfaßt die Koordinationszentrale mit Hilfe standardisierter Dokumentationsbögen alle zur individualisierten Programmierung der Nachsorge erforderlichen Daten von angemeldeten Patienten. Dabei werden 30 organbezogene Nachsorgeprogramme für rund 50 verschiedene maligne Erkrankungen eingesetzt, die auch die Krebsvorsorgeuntersuchungen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigen. Vor einem Untersuchungstermin erhält der Hausarzt die jeweils ausgedruckte Nachsorge-Checkliste (s.S.122), das Schreiben zur Einbestellung des Patienten (in die Praxis) und einen Begleitbrief. Durch die hier neu entwickelte Software ist es möglich, Besonderheiten einzelner Patienten (z.B. auf der Checkliste) zu berücksichtigen. Diese kann während der Untersuchung - im wesentlichen durch einfaches Unterstreichen vorgegebener Antwortmöglichkeiten - ausgefüllt werden. Der niedergelassene Arzt schickt eine Durchschrift der Checkliste und evtl. pathologische Befunde apparativer diagnostischer Maßnahmen an die Koordinationszentrale, wo nochmals eine Auswertung, ein Abgleich mit den gespeicherten Daten und ggf. eine Rückmeldung an den Hausarzt über notwendige weitere Maßnahmen erfolgt.

Die Dokumentation von Therapiefolgen bei Chemotherapie (insbesondere langfristige Toxizität) wird auf einem speziellen Erhebungsbogen (s.S.124) vorgenommen.

Gegenwärtig sind ca. 75 niedergelassene Ärzte an der Programmier-ten Gesamtbetreuung beteiligt und schicken regelmäßig die ausgefüllten Checklisten zurück. Es sind vorwiegend Patienten mit den Diagnosen "Mamma-Karzinom" und "Malignes Lymphom" in diese Nachsorge einbezogen.

Das Nachsorgemodell konnte in letzter Zeit regional nicht mehr ausgeweitet werden.

Einmal pro Quartal veranstaltet das Tumorzentrum Bonn Fortbildungsveranstaltungen, primär für niedergelassene Ärzte, die an der Programmier-ten Gesamtbetreuung teilnehmen. Die zusammengefaßten Referattexte werden als Tischvorlagen für die Kollegen bereitgestellt.

Ein telefonischer Konsiliardienst für die Kollegen in der Praxis wurde bereits im Rahmen der Modellaktion eingerichtet.

Dem Tumorzentrum stehen keine Mitarbeiter für die psychosoziale Betreuung der onkologischen Patienten zur Verfügung.

3.6.3 Tumorzentrum Köln

Das Tumorzentrum Köln wurde 1976 gegründet. Im gleichen Jahr entstand in der Chirurgischen Universitätsklinik eine personell und räumlich entsprechend ausgestattete Nachsorgesprechstunde zur Durchführung einer organisierten Krebsnachsorge bei kurativ, aber besonders auch bei palliativ operierten Patienten. Ziel war es, in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten jeden Tumorpatienten lebenslang zu überwachen (21).

Nach Auskunft des Tumorzentrums wird der von der Aktionsgemeinschaft (s.S.61) empfohlene nordrhein-westfälische Nachsorgepaß abgelehnt und in den angeschlossenen Kliniken nicht ausgegeben.

Für die Datenerfassung im klinischen Krebsregister des Zentrums sind in den Kliniken zahlreiche standardisierte Dokumentationsbögen (allgemeine, tumorspezifische, projektbezogene) in Gebrauch, die in Köln bereits vor längerer Zeit entwickelt wurden.

Eine Durchschrift geht als Arztbrief jeweils an den weiterbehandelnden Kollegen in der Praxis oder Klinik.

Bei der kooperativen Nachsorge in der Chirurgischen Klinik wurde die Zusammenarbeit mit den Hausärzten so organisiert, daß diese drei Wochen vor einem Untersuchungstermin das entsprechende Nachsorgeprogramm erhalten. Die niedergelassenen Ärzte sollen die standardisierten Untersuchungen - gegebenenfalls gemeinsam mit Kollegen der Spezialgebiete - nach eigenem Ermessen so weit wie möglich selber durchführen.

Das Sekretariat der Klinik erinnert gleichzeitig den Patienten an die bevorstehende Untersuchung beim Hausarzt.

Um den Informationsrückfluß in die Klinik zu ermöglichen und in vielen Fällen noch ergänzende - insbesondere aufwendige apparative - diagnostische Maßnahmen durchführen zu lassen, stellt der niedergelassene Arzt den Patienten mit seinen Ergebnissen wieder in der Nachsorgesprechstunde vor. Als Gegenleistung erhält er aus der Klinik einen zusammenfassenden Bericht mit der aktuellen TNM-Klassifikation und den empfohlenen nächsten Untersuchungstermin.

Die standardisierte Nachsorge konnte in einem speziellen Beobachtungszeitraum (20.02.80 - 31.07.81) bei 94 % (766 von 817) der radikal operierten Patienten in dieser Form durchgeführt werden. Die 817 Tumorkranken wurden dabei von 369 Hausärzten betreut (16).

Das Tumorzentrum Köln organisiert zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen, speziell auch für die niedergelassenen Ärzte der Region.

In der sogenannten "Onkologischen Arbeitsgemeinschaft" werden dreimal im Sommer- und viermal im Wintersemester onkologische Themenkreise nach einem festen Plan besprochen, gegenwärtig z.B. die paraneoplastischen Syndrome. Die Teilnehmerzahl liegt bei 80 bis 100 niedergelassenen Kollegen.

Außerdem werden fünfmal im Jahr große onkologische Symposien und zahlreiche Abendveranstaltungen mit spezielleren Themen durchgeführt.

Onkologische Problemfälle werden von der Nachsorgesprechstunde aus im interdisziplinären Kolloquium des Tumorzentrums Köln vor-

gestellt, wo Klinikärzte und Hausärzte das weitere Vorgehen diskutieren.

Primär für den Einsatz in Kliniken wurden tumorspezifische Manuale mit Leitlinien für Diagnostik und Therapie herausgegeben. Diese können von speziell interessierten niedergelassenen Ärzten angefordert werden.

Die Organisation eines telefonischen Tumorkonsils wird im Tumorzentrum Köln abgelehnt. Niedergelassene Ärzte können Problemfälle jederzeit in einer der zahlreichen (ca. 20) Ambulanzen vorstellen.

Auch in der Region Köln bestehen onkologische Arbeitskreise; Schwerpunktpraxen - wie z.B. in Hamburg - wurden im Einzugsbereich des Tumorzentrums bisher nicht eingerichtet.

Drei Institutionen sind an der psychosozialen Betreuung onkologischer Patienten beteiligt:

1. die Abteilung für Psychosomatik der Universität Köln
2. das Rehabilitationszentrum
3. die Sozialarbeiter der Sozialfürsorgestation

3.6.4 Tumorzentrum Münster

Nach Auskunft des Tumorzentrums kommt der von der Aktionsgemeinschaft (s.S.61) empfohlene nordrhein-westfälische Nachsorgepaß in den angeschlossenen Kliniken nur wenig zum Einsatz, vor allem auch wegen des bestehenden, gut funktionierenden Nachsorgeregisters. Damit wird die Nachsorge in dieser Region seit mehreren Jahren erfolgreich gesteuert.

Die Ärzte in Klinik und Praxis füllen dabei jeweils Nachsorgebögen (s.S.125) aus und leiten einen Durchschlag an das Register für onkologische Nachsorge weiter. Voraussetzung ist außerdem, daß vorher Basisdaten des Patienten auf speziellen Erkrankungs-(=Ersterhebungs-) und Behandlungsbögen in der Klinik (oder auch vom niedergelassenen Arzt) erfaßt und ebenfalls an das Register

gegeben wurden. Die Erhebungsbögen sind numeriert, nicht tumorspezifisch und haben Durchschriften zur Information mitbehandelnder Ärzte.

Das klinische Register wird vom Pathologischen Institut der Universität Münster in Zusammenarbeit mit der "Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten in Nordrhein-Westfalen" (GBK) geführt. Zwischen 1982 und Anfang 1985 konnte das Nachsorge-Leitsystem nach Auskunft des Tumorzentrums ausgeweitet werden. Nach Inkrafttreten des nordrhein-westfälischen Krebsregistergesetzes am 26.2.85 entsteht aus dem klinischen Nachsorgeregister derzeit ein regional flächendeckendes Krebsregister mit der Möglichkeit epidemiologischer Fragestellungen (2).

Das Tumorzentrum organisiert einmal monatlich eine Tumorkonferenz, die auch den niedergelassenen Ärzten offensteht. Außerdem werden onkologische Fortbildungsveranstaltungen für Pflegekräfte durchgeführt.

Vor einigen Jahren wurde unter Beteiligung vieler Fachdisziplinen gemeinsam ein Chemotherapie-Manual erstellt, das sich gegenwärtig in Überarbeitung befindet.

Es besteht kein vom Tumorzentrum organisierter telefonischer Konsiliardienst. Eine Zusammenstellung der Rufnummern onkologisch erfahrener Ärzte in den einzelnen Abteilungen wird nach dem 1984 erfolgten Umzug in das Großklinikum z. Zt. aktualisiert.

Im Einzugsbereich des Zentrums haben sich mehrere onkologische Arbeitskreise niedergelassener Ärzte gebildet.

Der Sozialdienst des Klinikums arbeitet im Bedarfsfalle mit dem Tumorzentrum zusammen. Eine psychosoziale Betreuungseinrichtung mit festangestellten Psychologen oder Onkologieschwestern war ursprünglich vorgesehen, konnte aber bisher nicht realisiert werden.

3.7 Saarland

Die Saarländische Krebszentrale (Tumorzentrum) entstand 1981/82 als Einrichtung des Landes an den Universitätskliniken Homburg/Saar.

In Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung des Saarlandes wurde ein Nachsorgepaß mit Nachsorgeschemata für die wichtigsten Tumorarten in Anlehnung an das Modell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelt. Seine Einführung soll mit einer Nachsorgedokumentation der niedergelassenen Ärzte für das Klinische Tumordokumentationssystem der Krebszentrale verbunden werden. Das Konzept dieses Systems entspricht weitgehend dem der "Programmierten Gesamtbetreuung" im Tumorzentrum Bonn (s.S.126).

Die kooperierenden Hausärzte sollen auf den Patienten abgestimmte Checklisten mit den erforderlichen Nachsorgemaßnahmen erhalten und den Durchschlag der Untersuchungsergebnisse an die behandelnde Klinik zurücksenden.

"Programmierte Tumornachsorge" bedeutet hier, daß die Nachsorge (Art und zeitliche Folge der geplanten Maßnahmen) tumorspezifisch für jeden Patienten elektronisch gespeichert wird, wenn die stationäre Behandlung beendet ist.

Vor der Entlassung entscheidet der Patient auch, ob ein Klinikarzt oder der Hausarzt die Nachsorge als Vertrauensperson übernimmt. Seine Entscheidung wird im Patientenaufnahmeformular festgehalten.

Im Rahmen der Basisdokumentation - nach Version II der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (27) - wird in den Kliniken der Aufklärungsmodus des Patienten über seine Erkrankung im Ersterhebungsbogen vermerkt.

Zur besseren Information des weiterbetreuenden Kollegen wird ein spezielles Formular "Art der durch den Arzt erfolgten Patientenaufklärung" (s.S.127) verwendet. Der Klinikarzt kann diesen Aufklärungsbogen bei Entlassung des Tumorkranken aus der Abteilung für Pneumologie durch Ankreuzen in kürzester Zeit ausfüllen und an den Hausarzt weiterleiten.

Im Jahre 1984 organisierte die Krebszentrale neben dem jährlich stattfindenden Saarländischen Krebskongreß und spezielleren Seminaren sechs onkologische Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte, Klinikärzte, besonders aber für das Pflegepersonal in peripheren Kliniken (z.B. "Pflegerische Probleme in der internistischen Onkologie", 180 Teilnehmer).

Für die Zukunft ist vorgesehen, niedergelassenen Ärzten und peripheren Kliniken, die über die entsprechende Hardware verfügen, "programmierte Tumorthherapieempfehlungen" anzubieten. Damit wäre ein Abgleich von standardisierten Therapiekonzepten und individuellen Behandlungsabläufen möglich.

Seit 1983 gibt es einen telefonischen Konsiliardienst des Tumorzentrums für niedergelassene Ärzte und Klinikärzte der Region. Bisher kamen ca. 50 % der Anfragen aus Kliniken und 40 % von niedergelassenen Ärzten (5).

Die niedergelassenen Ärzte machten bisher kaum von dem Angebot Gebrauch, Problemfälle oder Krankheitsverläufe in einem der 8 interdisziplinären onkologischen Arbeitskreise (s.S.126) des Zentrums zu besprechen. Wie auch einige der Projektgruppen im Tumorzentrum München, sind die Arbeitskreise der Saarländischen Krebszentrale tumorspezifisch organisiert (z.B. "Gastrointestinale Tumoren"), wobei hier das Pathologische Institut direkt an den meisten Arbeitskreisen beteiligt ist.

Seit August 1984 besteht ein ambulanter medizinisch-pflegerischer Nachsorgedienst mit zwei Krankenschwestern. Diese arbeiten - ähnlich wie die Nachsorgeschwestern in Kiel (s.S.72) - mit dem betreuenden Hausarzt und der Sozialstation zusammen. Dabei wurde in der Saarländischen Krebszentrale der Schwerpunkt ganz bewußt mehr auf pflegerische Maßnahmen bei den aus stationärer Behandlung nach Hause entlassenen Patienten gelegt, da diese in aller Regel ohne sachkundige pflegerische Betreuung bleiben.

Zur Beratung und Anleitung von Selbsthilfegruppen konnte außerdem ein Kontakt- und Informationszentrum eingerichtet werden.

3.8 Schleswig-Holstein

Das Tumorzentrum Kiel wurde 1977 als offene Arbeitsgemeinschaft von Kliniken und niedergelassenen Ärzten in Schleswig-Holstein gegründet.

Die Verwendung von Nachsorgepässen wird im Zentrum eher abgelehnt, insbesondere, da ein gut funktionierendes Nachsorgeregister unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte aufgebaut werden konnte. Dadurch ist sowohl die Terminierung als auch die Überwachung der vollständigen Durchführung und Dokumentation der Nachsorgeuntersuchungen gewährleistet.

Die niedergelassenen Ärzte werden bei der ambulanten Nachsorge unterstützt, indem sie jeweils vor einem Untersuchungstermin eine Benachrichtigung und einen übersichtlichen nicht-tumorspezifischen Dokumentationsbogen (s.S.129) erhalten. Als Gegenleistung ist dann ein Durchschlag des ausgefüllten Formulars (nur unverschlüsselte Angaben) mit einem Vorschlag für Termin und Ort der nächsten Untersuchung an die Dokumentationsstelle des Tumorzentrums Kiel zurückzuschicken. Hier werden die Patientendaten verschlüsselt und in den Rechner eingegeben.

Für die Ersterhebung in den Kliniken stehen spezielle zweiseitige Dokumentationsbögen (s.S.128) zur Verfügung, die vom Stationsarzt bei Entlassung oder Verlegung des Tumorpatienten auszufüllen sind.

Eine weitere Unterstützung durch das Nachsorgeregister sind die automatisch gedruckten Fehllisten. In vorgegebenen Zeitabständen erhalten die Ärzte Namen von gemeinsam betreuten Tumorkranken, die Nachuntersuchungstermine nicht eingehalten haben.

Für die Tumorambulanzen der angeschlossenen Kliniken wird die Nachsorgeplanung durch Terminlisten (s.S.129) erleichtert.

Im Herbst 1984 waren an der Dokumentation des Nachsorgeregisters die Chirurgische und drei weitere Abteilungen des Universitätsklinikums Kiel beteiligt. Die Zahl der fortlaufend dokumentierten Patienten konnte von 559 im Januar 1983 auf 2228 im Februar 1984 erhöht werden. Die aktive Mitarbeit der niedergelassenen Ärzte an der Dokumentation wird aufgeschlüsselt nach Mamma- und

nach Kolon-/Rektum-Karzinom-Patienten angegeben. In der ersten Gruppe beteiligten sich ab März 1983 114 Ärzte, in der zweiten Gruppe ab November 1983 69 Ärzte (15).

Das Tumorzentrum Kiel organisiert ca. 4 - 6 allgemeine onkologische Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr, die nicht speziell auf die niedergelassenen Kollegen ausgerichtet sind. Diese Ärzte können Problempatienten in den Tumorkolloquien vorstellen, die in einigen Kliniken regelmäßig stattfinden.

Speziell für die niedergelassenen Ärzte wurden tumorspezifische Diagnose-, Therapie- und Nachsorge-Empfehlungen erarbeitet, die ihnen vor der Nachuntersuchung, zusammen mit dem Dokumentationsbogen, zugehen.

Der telefonische Konsiliardienst des Zentrums befindet sich noch im Aufbau, wobei die Beratung auswärtiger Ärzte bei Anfragen bezüglich gynäkologischer und hämatologischer Tumorerkrankungen bereits gut funktioniert.

Im Tumorzentrum Kiel bestehen verschiedene interdisziplinäre Arbeitsgruppen, in denen z.B. die erwähnten Empfehlungen für die niedergelassenen Ärzte erstellt werden.

Die Deutsche Krebshilfe förderte von 1978 bis 1982 den Einsatz von zwei speziell ausgebildeten Betreuungsschwestern, die primär die häusliche Betreuung von Patienten nach einem stationären Klinikaufenthalt durchführten [(7), S.13]. Bevor eine Krankenschwester den Patienten zu Hause besucht, wird der mitbetreuende niedergelassene Arzt durch ein ausführliches Schreiben (s.S.130) des Tumorzentrums Kiel benachrichtigt und ihm die Möglichkeit der Rücksprache mit dem Leiter der Arbeitsgruppe Tumornachsorge angeboten. Die "Tumornachsorgeschwestern" arbeiten schwerpunktmäßig auf dem psychosozialen Sektor (Möglichkeiten sozialer Hilfestellungen, Kontakte mit Behörden u.ähnl.).

3.9 München

Im 1977 gegründeten Tumorzentrum München wurden verschiedene Wege eingeschlagen, um die Zusammenarbeit der einzelnen Kliniken und Institute mit den niedergelassenen Ärzten, speziell auch bei der Tumornachsorge, zu verbessern.

Mitarbeiter des Zentrums entwickelten einen numerierten "Nachsorgeterminkalender", der seit Anfang 1985 in etwas abgewandelter Form als onkologischer "Nachsorgekalender" (s.S.131) auch von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns herausgegeben wird.

Der Begriff Nachsorge(termin)kalender drückt wichtige Funktionen dieses Organisationsmittels der Nachsorge aus: Im Mittelpunkt stehen die eingetragenen Termine, für den Patienten als Merkhilfe, für die betreuenden Ärzte als Orientierungshilfe. Die direkte Befunddokumentation wurde vom Nachsorgekalender abgekoppelt - das Konzept entspricht soweit dem des gegenwärtig in mehreren Bundesländern ausgegebenen Nachsorgepasses des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Anstelle von organbezogenen Nachsorgeschemata mit langfristig vorgegebenen Untersuchungsterminen bietet das Tumorzentrum München eine Übersichtskarte (s.S.132) für den Nachsorgeterminkalender an. Darauf werden die Maßnahmen eingetragen und die Durchführung jeweils abgehakt. Zur weiteren Vereinfachung sind einzelne Maßnahmen auch organspezifisch vorgedruckt (z.B. bei Kolon-/Rektum-/Anal-Karzinom). Wie der Nachsorgepaß des Tumorzentrums Berlin, enthält der Nachsorgekalender entsprechend gekennzeichneten Freiraum für Fragen des Patienten. Im Rahmen einer Pilot-Phase konnten 1982/83 ca. 4000 Nachsorgeterminkalender ausgegeben werden (22).

Eine im Nachsorgepaß enthaltene Nummer dient, wie bei der Darstellung des Nachsorgemodells Südbaden beschrieben (s.S.46), als Bindeglied zum klinischen Nachsorgeregister.

Der in Bayern ausgegebene numerierte Nachsorgepaß (=Nachsorgekalender) ist wichtiges Element des hier geplanten "Informationsverbundes für patientenbezogene und wissenschaftliche Aktivitäten" [(13), S.8], (s.S.134). Für den Bereich der Tumornach-

sorge sind daran vor allem die niedergelassenen Ärzte, die Kassenärztliche Vereinigung Bayern, das Tumorregister des Tumorzentrums München und die dort kooperierenden Kliniken beteiligt. Die Ärzte dieser Kliniken halten gegenwärtig die Nummern der hier an die Patienten ausgegebenen Nachsorgepässe auf den organspezifischen standardisierten Dokumentationsbögen des Tumorzentrums (ca. 30 verschiedene Ersterhebungs-/Folgeberhebungs- bzw. Sonderformulare) für das Tumorregister fest. Auch die niedergelassenen Kollegen sind gehalten, die Patientenpaßnummern auf ihren Patientenkartekarten zu vermerken. In Zukunft sollen die praktizierenden Ärzte Befunddaten von Nachsorgeuntersuchungen mit der jeweiligen Patientenpaßnummer anonymisiert an die Kassenärztliche Vereinigung leiten, wo eine Zusammenführung vorgesehen ist. Das Verbundsystem wird geschlossen und eine vollständige Dokumentation der Nachsorge möglich, wenn das Tumorregister München diese Daten über die Patientenpaßnummern von der Kassenärztlichen Vereinigung abrufen kann.

Wie im Nachsorgepaß ausdrücklich vermerkt, hat der Patient das Recht, seine Einwilligung zur Speicherung der Daten zu verweigern. Dabei wird vorausgesetzt, daß Ärzte, die einen Paß ausstellen, den Patienten auf diesen Absatz hinweisen und mit ihm die Bedeutung der Datenverarbeitung besprechen (23).

Die Möglichkeit zum persönlichen Kontakt mit den Kollegen in der Klinik besteht für die niedergelassenen Ärzte bei den zahlreichen Fortbildungsveranstaltungen im Bereich des Tumorzentrums München, die zum Teil regional von den beiden kooperierenden Nachsorgekliniken in Oberaudorf und Oberstaufen organisiert werden. Im Klinikum Großhadern finden regelmäßig alle drei Monate onkologische Seminar-Abende für niedergelassene Ärzte mit Patientenvorstellung statt. Die Teilnehmerzahl liegt bei 50 - 80 dieser Kollegen.

Nach Auskunft des Zentrums bestehen gegenwärtig 21 Projekt-/Arbeitsgruppen:

1. Zentrale Systementwicklung, Datenverarbeitung und Auswertung
2. Maligne Lymphome
3. Lymphome und kindliche Leukämien; immunologische Tumormarker
4. Kopf-Hals-Tumoren
5. Gastro-Intestinale Tumoren
6. Maligne Melanome
7. Tumornachsorge in der I. Frauenklinik der Universität München
8. Tumornachsorge in der Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern
9. Ovarialkarzinom
10. Mammakarzinom
11. Mammakarzinom; Hormonrezeptorenbestimmungen
12. Bronchialkarzinom
13. Maligne Hodentumoren
14. Maligne Hodentumoren; klinische Bedeutung von Human-Chorion-Gonadotropin
15. Maligne Hodentumoren; Morphologie der malignen Hodentumoren
16. Prostatakarzinom
17. Strahlentherapie
18. Kutane Lymphome
19. Cooperative Studie zur Behandlung der akuten lymphatischen Leukämie im Kindesalter
20. Akute Leukämien im Erwachsenenalter
21. Knochenmarkstransplantation

Die Projektgruppen 2, 6, 9, 10, 12 und 13 erstellten Manuale mit Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Das Manual der Gruppe "Ovarialkarzinom" wird gegenwärtig überarbeitet. Für Hodentumoren steht außerdem ein Faltblatt mit Nachsorgeempfehlungen zur Verfügung, die nach dem Schema der Übersichtskarte des Nachsorgeterminkalenders aufgebaut sind.

Ein Manual über gastro-intestinale Tumoren befindet sich in Vorbereitung. Die ständige Aktualisierung der publizierten Leitlinien ist ein wichtiger Aufgabenbereich der Projektgruppen.

Durch das telefonische Tumorkonsil stehen den Kollegen in der Praxis und in peripheren Krankenhäusern zahlreiche erfahrene Kliniker für allgemeine und spezielle onkologische Probleme als Ansprechpartner zur Verfügung. Das Tumorzentrum veröffentlicht ein detailliertes Verzeichnis der betreffenden Ärzte mit Angabe der Fachgebiete, Sprechzeiten, Telefonnummern und Kliniken bzw. Institute.

Die psychosoziale Nachsorgeeinrichtung am Tumorzentrum München wurde 1980 durch die Deutsche Krebshilfe gegründet. Bis 1984 betreuten drei Psychologen und drei Schwestern Tumorpatienten in Münchner Kliniken. Da die Mitarbeiter der Nachsorgeeinrichtung verschiedenen Projektleitern in den einzelnen Kliniken zugeordnet waren, ergaben sich zum Teil Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit und Koordination. Die Förderung der psychoonkologischen Beratungsstelle im Klinikum Großhadern wurde Ende 1984 eingestellt, so daß dort gegenwärtig keine Mitarbeiter speziell für die psycho-soziale Nachsorge von Tumorpatienten zur Verfügung stehen. Da die Stadt München die Anschlußfinanzierung für die zwei Mitarbeiter im Krankenhaus München-Schwabing übernommen hat, können dort der Konsultationsdienst und die psycho-onkologische Sprechstunde fortgeführt werden.

Die Deutsche Krebshilfe unterstützt zur Zeit - zunächst bis 1986 - die Arbeit einer Psychologin und einer Betreuungsschwester in der Universitätskinderklinik.

Dem Tumorzentrum München sind zwei onkologische Nachsorgekliniken angeschlossen (seit 1977 bzw. 1981):

1. Gynäkologisch-Onkologische Nachsorgeklinik Bad Trißl (Oberaudorf)
2. Schloßbergklinik Oberstaufen, Onkologische Nachsorgeklinik für solide Tumoren und Systemerkrankungen (Oberstaufen)

Diese Kliniken wurden auf Initiative der Bayerischen Landesärztekammer geschaffen und sind im Gegensatz zu reinen Kurkrankenhäusern im Krankenhausbedarfsplan ausgewiesen. Hier wird nicht nur die aktive und passive Nachsorge, sondern - in unkomplizierten Fällen - auch die Diagnostik der Tumorerkrankung und die Einleitung der Primärtherapie durchgeführt. Die allermeisten Patienten (über 90 %) werden von niedergelassenen Ärzten (über die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern e.V.) eingewiesen, so daß hier eine enge Zusammenarbeit bei der Tumornachsorge besteht.

Im Jahre 1983 wurden in beiden Kliniken zusammen ca. 4.000 Patienten behandelt.

4. Vergleichende Betrachtung der Nachsorgemodelle und Schlußfolgerungen

In den einzelnen Tumorzentren und Kliniken wurden zum Teil unterschiedliche, zum Teil aber auch gleichartige, auf die jeweiligen Verhältnisse abgestimmte Konzepte zur Verbesserung der Nachsorge und Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten entwickelt. Dabei bestehen verschiedene Zielrichtungen:

1. Verbesserung der gegenseitigen Information
2. Unterstützung der niedergelassenen Ärzte
3. Überwachung der Nachsorge
4. Aufbau einer Verlaufsdokumentation

Zu 1.: Um die Information der behandelnden Ärzte zu verbessern, werden z.B. Nachsorgepässe eingesetzt, Durchschläge standardisierter Dokumentationsformulare verschickt und Computerbriefe für alle nachbetreuenden Ärzte erstellt.

Zu 2.: Die niedergelassenen Ärzte werden unterstützt durch Nachsorgeschemata, spezielle Dokumentationsformulare, Checklisten, Fortbildungsschriften/-veranstaltungen und telefonische Beratung.

Zu 3.: Die Einhaltung von Nachsorgeterminen soll durch Nachsorgepässe und EDV-gestützte Terminerinnerungsverfahren für Patienten und/oder Ärzte verbessert werden.

Zu 4.: Da die praktizierenden Kollegen zwar zahlreiche Nachsorgeuntersuchungen durchführen, bisher aber überwiegend keine Befunddaten zur Dokumentation an ein Tumorregister weiterleiten, sollen sie in Zukunft verstärkt dazu motiviert werden. Die Merkmalssätze der verwendeten standardisierten Formulare sind unterschiedlich. Die Datenerfassung dient entweder vor allem der Auswertbarkeit eines Nachsorgesystems hinsichtlich seiner Effizienz, der Nachsorgesteuerung oder der wissenschaftlichen Verlaufsdokumentation.

Es soll versucht werden, auf der Grundlage der Erfahrungen an der Medizinischen Poliklinik eine Beurteilung der eingesetzten Organisationsmittel und -konzepte zu geben. Leitgedanken sind dabei ihre Praktikabilität und zum Teil auch Übertragbarkeit auf eine Poliklinik.

Modellprojekt	Nachsorgemodell Nord-Württemberg		Nachsorgeprojekt Nordbaden
Tumorzentrum (TZ), Onkologischer Schwerpunkt	TZ Stuttgart	TZ Heidelberg / Mannheim	Onkologisches Zentrum Mannheim
Nachsorgepaß	ja S.40	wenig verwendet	ja S.44
- Herausgeber (KV = Kassen- ärztliche Vereinigung)	KV Nord- Württemberg	KV Nordbaden	
- Numerierung	nein	ja	
- Fortlaufende Befunddokumentation	verschlüsselt; Vierfachdurch- schreibesätze	nein	
- Übersichtsfaltblatt	ja	ja	
- Nachsorgeschemata	für 8 Tumorarten	für 10 Tumorarten 1 allgem. Schema	
- Angabe von Rehabilitationshilfen	nein	ja	
- Freiraum für Patient	nein	nein	
Standardisierte Dokumentationsbögen	Bestandteil des Passes; ADT-Daten		
- primär für Stationsarzt	Bögen 01, 02		Ersterhebung
- primär für nieder- gelassenen Arzt	Bögen 03	Nachsorgebögen S.42	Nachsorgeerhebung S.45
EDV-gestützte			
- Nachsorgeüberwachung (für niedergelassene Ärzte)	nein	ja	nein
- Nachsorgebegleitung	ja	ja	ja
Anzahl der beteiligten niedergelassenen Ärzte (Bezugszeitraum im Text)	260		183
Fortbildungs- veranstaltungen (nur Besonderheiten)		Organisation durch Onkologischen Arbeitskreis Heidelberg	
Fortbildungsschriften	Referattexte	Schriftenreihe des Tumorzentrums Heidelberg / Mannheim	
Telefonisches Tumorkonsil	nein	Tumortelefon d. Frauenklinik Mannheim Inf.-Dienst im DKFZ (ab 1986) S.43	
Onkologische Arbeits- kreise/Projektgruppen	regionale Arbeitskreise	Onkologischer Arbeitskreis Heidelberg	
Psychosoziale Betreuung (nur Besonderheiten)		Heidelberger Nachsorgemodell S.43	
Nachsorgekliniken (nur Besonderheiten)			
Bemerkungen			

4.2 Nachsorgepaß

Gegenwärtig werden im wesentlichen vier verschiedene Pässe an die Patienten ausgegeben:

- der Nachsorgepaß der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg
- der Paß des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung, mit geringfügigen Unterschieden - insbesondere bei den einzulegenden Nachsorgeschemata - z.Zt. in Nordbaden, Hamburg, Hessen, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen
- der Paß des Tumorzentrums Berlin
- der im Tumorzentrum München entwickelte und inzwischen auch von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern herausgegebene Nachsorge(termin)kalender.

Einzelheiten zu den vier verschiedenen Konzepten können der Zusammenfassung in der Tabelle auf S.79 entnommen werden.

Außer in Nord-Württemberg wurde die fortlaufende Befunddokumentation inzwischen überall vom Nachsorgepaß abgekoppelt. Nach dem Konzept des Tumorzentrums Berlin soll der behandelnde Arzt entscheiden, ob er z.B. Laborwerte einträgt.

Für die Eintragung von Erst- und Folgeerhebungsbefunden spricht vor allem die schnelle Verfügbarkeit dieser Daten für alle Ärzte, die der Patient mit dem Paß aufsucht. Der Paß entspricht damit in etwa dem Mütterpaß und ist bei häufigem Arztwechsel der Patienten oder bei notfallmäßiger stationärer Aufnahme in vielen Fällen zunächst die einzige, wichtige Informationsquelle über den bisherigen "Krankheits"-Verlauf.

Gegen die Eintragung von Befunden spricht die zu erwartende Beunruhigung oder Verunsicherung vieler Patienten. Diese kann sowohl durch Änderungen der Laborwerte und Angaben zur radiologischen Diagnostik als auch durch verschlüsselte oder unverschlüsselte Eintragungen (z.B. in der Spalte "Rest- bzw. Rezidiv-Fernmetastasen") hervorgerufen werden.

Sowohl im poliklinischen Alltag als auch in der Praxis des niedergelassenen Arztes können sich Schlüsselsysteme zur Dokumentation nicht bewähren, da häufig unter großem Zeitdruck gearbeitet wird und die erforderlichen Manuale im Bedarfsfall doch nicht zur Verfügung stehen.

Die ersten Erfahrungen in Nord-Württemberg zeigten außerdem, daß die Verschlüsselungen zum Teil fehlerhaft waren.

Alle gebräuchlichen Pässe - mit Ausnahme des Nachsorgekalenders der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns - enthalten Übersichtsfaltblätter, aus denen die bisher durchgeführten Untersuchungen auf einen Blick hervorgehen sollen. Das Falblatt im Paß des Zentralinstituts ist nur in Kombination mit dem jeweils eingelegten Nachsorgeschema zu gebrauchen, so daß ein mühsamer Vergleich der engen Spalten erforderlich ist (Format DIN A6).

Sinnvoll erscheint die Übersichtskarte des Tumorzentrums München mit zum Teil organspezifisch vorgedruckten Nachsorgemaßnahmen. Doch ist auch hier zu erwarten, daß die durchgeführten Untersuchungen nur unzureichend eingetragen (abgehakt!) werden.

Außer in Bayern sollen in die ausgegebenen Pässe jeweils die organbezogenen Nachsorgeschemata eingelegt werden.

Dadurch können den niedergelassenen Ärzten einfach und ohne hohe Druckkosten Leitlinien für die Durchführung der Nachsorge an die Hand gegeben werden.

Gegen die Schemata im Paß spricht eine mögliche Beunruhigung des Patienten insbesondere, wenn die Nachsorge im Einzelfall doch anders verläuft als auf dem Einlegeblatt für den Zeitraum von 5 Jahren vormarkiert ist.

Gerade bei niedergelassenen Ärzten, die in der Peripherie tätig sind und keine spezielle onkologische Fortbildung betreiben, kann durch die Schemata der Eindruck entstehen, daß Art und Zeitfolge dieser Untersuchungen allgemein anerkannt sind und die möglichst

exakte Ausführung eine Früherkennung von Rezidiven oder Metastasen und eine Lebensverlängerung gewährleistet.

Wenn die Schemata auch durch erfahrene Onkologen zusammengestellt werden, so zeigen doch z.B. die Unterschiede zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, wie schwierig es ist, Kenntnisse über den langfristigen Krankheitsverlauf und über das Auftreten von Rezidiven oder Metastasen in allgemeingültige Richtlinien umzusetzen.

Die Angabe von Rehabilitationshilfen im Nachsorgepaß kann eine erste wichtige Kurzinformation für viele Patienten sein und diese zu weitergehenden Fragen motivieren.

Es erscheint nützlich, wenn jeder Nachsorgepaß Freiraum für Fragen oder Mitteilungen des Patienten an seinen Arzt enthält. Da Gespräche in der Sprechstunde häufig unter Zeitdruck geführt werden und für die Tumorphysiker sehr belastend sein können, können Fragen unter Umständen nicht gestellt werden. Außerdem kann dadurch zusätzlich erreicht werden, daß die Patienten ihren Paß auch wirklich zu jedem Arztbesuch mitbringen.

Unter Berücksichtigung der obengenannten Vor- und Nachteile der verschiedenen Nachsorgepässe scheint der "Terminkalender" (s.S.131 f.) des Tumorzentrums München zur Zeit das beste Konzept zu sein. Die Kurzinformationen über Rehabilitationshilfen für den Patienten könnten nachträglich aufgenommen werden.

Da die Aushändigung des Passes zusätzlich mit einem erläuternden Gespräch verbunden sein sollte, erscheint die Ausgabe unter den Bedingungen einer frequentierten poliklinischen Ambulanz schwierig. Von den Patienten mitgebrachte Nachsorgekalender könnten jedoch ohne großen Zeitaufwand zur Kenntnis genommen und weitergeführt werden.

4.3 Standardisierte Dokumentationsbögen und Nachsorgeorganisation

Bei der Beschreibung der verschiedenen Formulare im Rahmen der einzelnen Organisationskonzepte wurde unterschieden zwischen:

- Bögen, die primär für den Einsatz in der Klinik bestimmt sind (z.B. das Folgeerhebungsformular des Tumorzentrums Freiburg - s.S.111-) und
- Bögen, die primär für die Dokumentation beim niedergelassenen Arzt oder für die Kommunikation zwischen Klinik/Register und Praxis konzipiert sind (z.B. das Nachsorgeformular Freiburg - s.S.112-).

Dahinter steht der Gedanke, daß in einer poliklinischen Ambulanz die Verwendung der knapper gehaltenen und übersichtlicheren "Praxis-Bögen" denkbar erscheint, nicht aber der Einsatz von Erst-/Folge- und Abschlusserhebungsformularen mit Schlüsselverzeichnissen .

Das exakte Ausfüllen der ausführlicheren Erhebungsbögen setzt eine gewisse Einarbeitung voraus und dürfte nur bei stationär behandelten Patienten möglich sein, da dann mehr Zeit zur Verfügung steht.

4.3.1 Dokumentationsbögen

Mit Hilfe der Formulare im nord-württembergischen Nachsorgepaß (s.S.102) soll unter Mitarbeit der niedergelassenen Ärzte eine wissenschaftlich auswertbare Verlaufsdokumentation aufgebaut und die gegenseitige Information verbessert werden. Voraussetzungen sind sorgfältiges, vollständiges Ausfüllen der Bögen und Weiterleiten der Durchschriften.

Da hier sowohl der Minimaldatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (27) als auch die Verwendung schwieriger Schlüsselverzeichnisse gefordert werden, erscheint es unwahrscheinlich, daß die bisherigen, vom Zentrum als unbefriedigend bezeichneten Ergebnisse deutlich zu verbessern sind.

Die Dokumentation kann abgerechnet werden (Nr. 15A = 50 Punkte), doch reicht die gezahlte Gebühr als Anreiz wohl kaum aus.

Die Nachsorgebögen des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim (speziell des Krankenhauses Rohrbach - s.S.104 f.) enthalten einen umfangreichen Datensatz für das klinische Tumorregister und unterstützen die niedergelassenen Ärzte durch Vorgabe der durchzuführenden Untersuchungen (z.B. Klinische Parameter, Labor). Mit Ausnahme des rTNM-Befundes sind nur unverschlüsselte Angaben vorgesehen.

Nachteilig erscheinen der Umfang der Bögen (4 Seiten) - verglichen etwa mit der 1-seitigen Checkliste aus Bonn - und die damit aufwendigere Dokumentation.

Die Erhebungsformulare der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden (s.S.110) wurden für den Gebrauch zusammen mit dem Nachsorgepaß entwickelt und enthalten keine Angaben über durchzuführende Untersuchungen, die - wie auch in Nord-Württemberg - dem Nachsorgeschema (s.S.109) zu entnehmen sind. Da hier vor allem die Effizienz der Nachsorge überprüft werden soll, sind nur wenige Merkmale zu erheben (ggf. nur: Tumordiagnose/kein pathologischer Befund/nächster Nachsorgetermin). Das Tumorregister erhält somit auch Informationen über "ohne Befund"-Arzt-Patienten-Kontakte. Nachteilig ist der hohe Aufwand einer Versendung von Durchschlägen an die primärbehandelnde Klinik und an das Tumorregister nach jeder Untersuchung.

Das Nachsorgeerhebungsformular Freiburg mit dem reduzierten Datensatz (im Vergleich zum Folgeerhebungsbogen -s.S.111) dient primär der Verlaufsdokumentation im klinischen Tumorregister. Wie auch in Hannover und Göttingen wird der Kopf des Bogens zur Arbeitersparnis für den niedergelassenen Arzt bereits in der Klinik ausgefüllt. Möglicherweise läßt sich dadurch die Rücksendequote erhöhen.

Die Nachsorge-Einlegblätter der Universitäts-Frauenklinik Ulm (s.S.113) ermöglichen eine standardisierte Dokumentation in Klinik und Praxis und werden auch zur gegenseitigen Information eingesetzt.

Eine Datenerfassung für das Nachsorgeregister über Arztbriefkopien anstelle von speziellen Erhebungsbögen - wie im Onkologischen Schwerpunkt Hamburg - könnte vorteilhaft sein. Die fachärztliche Gegenzeichnung von Arztbriefen erhöht die Validität der Daten.

Nachteilig ist die erhebliche Mehrarbeit für Dokumentationskräfte, da diese zunächst die Verschlüsselung der Daten anhand der Briefe vornehmen müssen. Damit entsteht eine neue Fehlerquelle. Außerdem sind wahrscheinlich Rückfragen bei den Ärzten erforderlich, weil sich nicht alle Angaben in Arztbriefen direkt in Schlüsselsysteme umsetzen lassen.

Mit Hilfe der Onkologischen Dokumentationsbögen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (s.S.118) sollen vor allem die Merkmale für die Computerbriefe zur Information aller mitbetreuenden Ärzte erhoben werden. Um auch den Gebrauch ohne Nachsorgepaß zu ermöglichen, sind die Merkmale der Nachsorgeschemata (zum Teil erweitert) aufgedruckt, so daß die Dokumentation bereits während der (körperlichen) Untersuchung erfolgen kann.

Als Besonderheiten haben alle Formulare eine eigene Spalte für die Angabe über den Grad der Aufklärung des Tumorpatienten, so daß diese Information ggf. in die Computerbriefe übernommen werden kann.

Trotz des vorgesehenen Erinnerungsverfahrens ist zu erwarten, daß nicht alle praktizierenden Kollegen die Bögen zurücksenden. Damit bleibt das Informationssystem unvollständig.

Ein weiterer Nachteil dieses Modellprojektes sind die relativ hohen Kosten, sowohl für die zahlreichen organspezifischen Bögen als auch vor allem für die Versendung der Computerbriefe (zum Teil 5 - 10 Adressaten).

Die Verlaufsdocumentationsbögen aus Hannover und Göttingen (s.S.120), speziell die Nachsorgebögen, enthalten einen reduzierten Basisdatensatz und Freiräume für umfangreiche textliche Angaben. Sie dienen der gegenseitigen Information und der Datenerhebung in einer zentralen Dokumentationsstelle (z.B. dem Onkologischen Sekretariat niedergelassener Ärzte in Göttingen).

Sehr vorteilhaft erscheint die automatische Vorbereitung des Briefkopfes mit zusammenfassenden Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf.

Mit Hilfe der Bonner Checklisten (s.S.122) wird den Hausärzten auch die besonders komplexe Nachsorge bei internistisch therapierten Tumorerkrankungen erleichtert, wobei der Dokumentationsaufwand gering bleibt. Alle mitbehandelnden Ärzte können über eine lückenlose Dokumentation des Krankheitsverlaufes verfügen (wie prinzipiell auch in Göttingen und Darmstadt) und Therapie- oder Nachsorgekontrollstudien sind durchführbar. Die Checklisten können besser und schneller individualisiert werden als in den Nachsorgepaß eingelegte Schemata. Außerdem ist die Anpassung an neue Erkenntnisse, z.B. bei der Zeitfolge von Untersuchungen, ohne Verzögerung möglich.

Nachteilig erscheint der sehr hohe Aufwand für die Erstellung der Checklisten. Diese sind auszuwerten und mit den gleichzeitig eingereichten Originalbefunden (z.B. Röntgen, Labor, Facharztbericht) zu vergleichen.

Besonders übersichtliche Dokumentationsformulare zur Erfassung des Minimaldatensatzes der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (1) wurden in Kiel erstellt. Die 1-seitigen Nachuntersuchungsbögen (s.S.129) für den Einsatz in den Praxen der niedergelassenen Ärzte enthalten keine Schlüsselverzeichnisse ("selbsterklärendes Konzept"). Im Vergleich zu den Formularen aus Nordwürttemberg (s.S.102), Heidelberg (s.S.104), Freiburg (s.S.111), Aachen (s.S.121) und Münster (s.S.125) scheinen die Kieler Nachuntersuchungsbögen ein sehr praktikables Konzept zu sein.

Mit Hilfe der Onkologischen Dokumentationsbögen des Darmstädter Modells (s.S.118) und der Checklisten aus Bonn (s.S.122) werden nicht nur Verlaufsdaten erfaßt, sondern die niedergelassenen Ärzte erhalten durch die aufgedruckten Merkmale (z.B. zur Anamnese, körperlichen Untersuchung) konkrete Handlungsanweisungen. Diese beiden Dokumentationskonzepte erscheinen am geeignetsten, um die vorgenannten Ziele einer verbesserten Nachsorge und Zusammenarbeit (gegenseitige Information, Handlungsanweisungen, Terminüberwachung, Verlaufsdocumentation) zu erreichen.

In der Medizinischen Poliklinik könnten den Arztbriefen an die niedergelassenen Kollegen vergleichbare tumorspezifische Nachsorgebögen hinzugefügt werden. Möglicherweise wären die Ärzte in der Praxis auch bereit, anhand dieser Bögen Befunddaten ihrer Nachsorgeuntersuchungen an die Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

4.3.2 Nachsorgeorganisation

In einigen Nachsorgemodellen wird die Durchführung der Untersuchungen bei den niedergelassenen Ärzten (bzw. in der Klinik) EDV-gestützt überwacht (Terminerinnerung, automatisierte Versendung von Nachsorgebögen), in anderen Modellen ist nur die Datenerfassung für eine EDV-gestützte Nachsorgebegleitung vorgesehen (s. Tab. S.79).

Nach den vorliegenden Informationen werden in Heidelberg/Mannheim, Ulm und Köln Hausarzt und Patient vor den Untersuchungsterminen automatisch schriftlich benachrichtigt, in Göttingen, Bonn, Münster und Kiel erhalten nur die Ärzte Nachsorgeaufforderungen und die entsprechenden Dokumentationsunterlagen (z.B. Checklisten). Durch die direkte Benachrichtigung des Patienten kann dieser auch bei einem Arztwechsel an die Untersuchung erinnert werden. Bei diesem Verfahren liegt kein Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung (§ 16/3) vor, da der Patient nicht ohne Zustimmung des behandelnden (Haus-)Arztes in die Klinik einbestellt wird.

Nachteilig sind die Inhumanität und geringe Flexibilität des automatisierten Patienteneinbestellverfahrens. Die Nachsorge verläuft in vielen Fällen anders als geplant, wobei z.B. eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung, Kuraufenthalte und unerwartete Urlaubswünsche des Patienten zu berücksichtigen sind. Häufig sind aus humanitären Gründen relativ kurzfristige Terminänderungen notwendig und das Register kann nicht immer rechtzeitig informiert werden. Der zum falschen Zeitpunkt eintreffende Computerbrief wirkt dann u.U. verwirrend und beunruhigend. Dieses Patienteneinbestellverfahren ist für die Tumornachsorge deshalb nur bedingt geeignet. Eine Terminerinnerung kann wesentlich einfacher durch Verwendung von Nachsorgekalendern erfolgen.

Durch die automatische schriftliche Benachrichtigung des Hausarztes wird dieser organisatorisch entlastet, besonders, wenn er eine große Zahl Krebskranker nachbetreut. Dem Hausarzt sind aktuelle Veränderungen des Gesundheitszustandes o.ä. meistens bekannt, so daß er individuell entscheiden kann, ob der Patient zum gegenwärtigen Zeitpunkt an die Untersuchung erinnert werden sollte. Möglicherweise können nach dem Prinzip Leistung - Gegenleistung die praktizierenden Ärzte eher zur Nachsorgedokumentation motiviert werden.

Leistung: Erinnerung an die Untersuchung, Bereitstellung der Unterlagen mit "Handlungsanweisungen" (z.B. Checklisten).

Gegenleistung: Ausfüllen und Zurücksenden der Bögen

Erfahrungsberichte über die EDV-gestützte Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten bei der Tumornachsorge liegen z.B. aus den Zentren Ulm, Bonn und Kiel vor. Sie zeigen, daß die Anzahl der beteiligten Kollegen in der Praxis (ca. 75 - 185) relativ gering ist (zum Vergleich: Einzugsgebiet des Tumorzentrums München = ca. 6.000 niedergelassene Ärzte, die Tumorpatienten betreuen) und die aufwendigen Organisationsmodelle (wie in Bonn) regional nur schwer auszuweiten sind.

Ein wichtiger Gesichtspunkt dürfte dabei sein, daß die allermeisten Ärzte jeweils nur wenige (ca. 10) Tumorpatienten betreuen und daher die Beteiligung nicht anstreben.

Das "Nachsorgekonzept Ulm" (s.S.113) ist nur für chirurgisch therapierte Tumorpatienten geeignet und soll den praktizierenden Ärzten ermöglichen, eine kontrollierte Nachsorge vollständig durchzuführen. Alternativ wären halbjährliche Wiedervorstellungen in der primärbehandelnden Klinik erforderlich. Sie wären keine zu große Belastung für die Patienten und erlaubten eine möglicherweise bessere Kontrolle, insbesondere des körperlichen Untersuchungsbefundes. Wie auch in unserer Patientenbefragung erwähnt, halten viele Tumorkranke Klinikärzte - gerade in Universitätskliniken - für sachkundiger und besser über aktuelle Therapien informiert als ihren Hausarzt. Diesen Patienten kann mit gelegent-

lichen klinischen Kontrolluntersuchungen etwas von ihrer Angst genommen werden.

Vorteile der kooperativen Nachsorge in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln (Nachsorge in der Praxis des niedergelassenen Arztes, danach jeweils Wiedervorstellung in der onkologischen Klinikambulanz, s.S.65 f.) sind:

- Erhöhte Sicherheit für den Patienten, der sowohl vom Hausarzt als auch vom Klinikarzt gesehen wird
- Sichergestellter Informationsfluß zwischen Praxis und Klinik
- Fortbildungseffekt für den niedergelassenen Arzt durch die zusammenfassenden Berichte aus der Klinik

Nachteilig ist der doch recht hohe Aufwand einer regelmäßigen Wiedervorstellung in der Klinik nach der Untersuchung beim Hausarzt.

Die Tumornachsorge erfolgt - soweit möglich - wahrscheinlich am besten alternierend, d.h. im vereinbarten Wechsel zwischen Poliklinik/Tumorambulanz und niedergelassenem Arzt. Dabei sollten die Berichte aus der Klinik genaue Handlungsanweisungen für die folgenden Nachuntersuchungen enthalten, um die Kollegen in der Praxis zu unterstützen.

Speziell für die vorwiegend internistisch-onkologischen Patienten der Medizinischen Poliklinik erscheint die Organisation der Nachsorge durch ein Nachsorgeregister nicht vorteilhaft. Dagegen spricht auch die Multimorbidität der hier flexibel zu betreuenden Patienten.

Durch eine EDV-gestützte Nachsorgebegleitung könnte die Betreuung der Patienten und die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen gefördert werden, da dann alle behandelnden Ärzte die Möglichkeit haben, sich schnell über den bisherigen Krankheitsverlauf und die durchgeführte Therapie zu informieren.

Die Datenerfassung in der Poliklinik könnte zunächst über Arztbriefkopien, später anhand standardisierter Erhebungsbögen des

Tumorzentrums München erfolgen. Der Merkmalssatz müßte aus Gründen der Praktikabilität u.U. reduziert werden.

Auch die Befunddaten der niedergelassenen Ärzte sind für die klinikübergreifende Verlaufsdokumentation im Tumorregister des Tumorzentrums München (s.S.134) von großer Bedeutung.

4.4. Fortbildungsveranstaltungen

Bei der Durchführung onkologischer Fortbildungsveranstaltungen, speziell für niedergelassene Ärzte ("Praktikerseminare"), konnten insbesondere in Hannover und Köln langjährige Erfahrungen gesammelt und - unter Mitarbeit von Kollegen aus der Praxis - für diese Fortbildung geeignete Lehrpläne (Curricula) erarbeitet werden. Der erhöhten zeitlichen Belastung für einen Zeitraum von ca. zwei Jahren steht dabei die gezielte Wissensvermittlung über Verlauf und Behandlung der häufigsten bösartigen Neubildungen nach dem heutigen Stand der Onkologie gegenüber. Ein sehr wichtiger Gesichtspunkt für niedergelassene Ärzte dürfte bei diesen Fortbildungsveranstaltungen auch die Möglichkeit zum persönlichen Kennenlernen der Klinikärzte sein, die ihre Tumorkranken mitbetreuen. Deshalb erscheinen onkologische Fortbildungen durch die regionale Akademie weniger zweckmäßig. Die Veranstaltungen sollten wahrscheinlich besser - möglichst dezentral - durch die einzelnen Kliniken abgehalten werden. Diese könnten die Fortbildungen z.B. jährlich zeitlich und thematisch aufeinander abstimmen.

4.5. Fortbildungsschriften

Die Tumorzentren Heidelberg/Mannheim und München stellen die umfangreichsten Empfehlungen über Diagnostik, Therapie und Nachsorge für niedergelassene Ärzte zur Verfügung.

Durch diese Manuale wird den Kollegen in der Praxis eine Basisfortbildung über die häufigsten malignen Tumoren angeboten. Die Schriften enthalten zum Teil auch Hinweise auf zusammenfassende Literatur, so daß bestimmte Themen gegebenenfalls schnell vertieft werden können. Bei speziellen Fragen haben die niedergelassenen Ärzte die Möglichkeit, sich an die sachkundigen und onkologisch erfahrenen Autoren der einzelnen Schriften zu wenden. Die Manuale können gerade auch zur raschen Information in der Praxis

des niedergelassenen Arztes verwendet werden, z.B. geben sie einen ersten Überblick, welche therapeutischen Alternativen nach dem aktuellen Stand des Wissens für einen Patienten in Frage kommen.

Ein weiterer Vorteil der Schriften ist die Vereinheitlichung des Informationsangebotes für alle Ärzte im Verbreitungsgebiet, z.B. im Einzugsbereich eines überregionalen Tumorzentrums (wie dem Münchner Zentrum).

Einige der von uns befragten Tumorzentren (z.B. Hamburg, Köln) verzichten dagegen ganz bewußt auf Publikationen, wobei vor allem zwei Gesichtspunkte von Bedeutung sind.

Es entstehen hohe Druckkosten, selbst Lose-Blatt-Sammlungen erscheinen als zu teuer. Um aktuelle Erkenntnisse berücksichtigen zu können, müssen diese Schriften kurzfristig überarbeitet und neu gedruckt werden. Die dafür aufgewendeten Mittel stehen dann für andere Zwecke nicht mehr zur Verfügung. Im Hamburger Zentrum wird z.B. der Schwerpunkt mehr auf die Organisation der Fortbildungsveranstaltungen gelegt (Anschaffung von Demonstrationsgeräten, Druck von persönlichen Einladungen etc.).

Die detaillierten Therapiepläne in den Manualen könnten dazu verleiten, ohne ausreichende Erfahrung die angegebenen Behandlungen durchzuführen. Aus diesem Grund stellt z.B. das Tumorzentrum Köln die Schriften nur speziell interessierten Kollegen auf Anfrage zur Verfügung.

In den Fortbildungsschriften könnte der Schwerpunkt auf Vor-/Nachsorge und Therapiefolgen gelegt werden. Nach Möglichkeit sollte eine überregionale Vereinheitlichung angestrebt werden. Längerfristig erscheint es zweckmäßig, wenn die Richtlinien in den Manualen von zahlreichen erfahrenen Fachonkologen abgesprochen und anerkannt sind.

Bei einem größeren Verbreitungsgebiet der Schriften könnten höhere Auflagen hier Druckkosten sparen. Wenn viele niedergelassene Ärzte erreicht werden und sich die Manuale bewähren, erscheint die Möglichkeit einer Kostenbeteiligung der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen denkbar.

4.6 Telefonisches Tumorkonsil

Das Spektrum der Möglichkeiten telefonischer Beratung in den hier beschriebenen Tumorzentren reicht vom Krebsinformationsdienst für medizinische Laien (Heidelberg) bis zum ausführlichen Angebot eines telefonischen Konsiliardienstes im Tumorzentrum München, wo ein 10-seitiges Verzeichnis der Telefonnummern und Ansprechpartner publiziert wird.

Einige Zentren (z.B.Köln) lehnen den allgemeinen telefonischen Konsiliardienst für niedergelassene Ärzte ab, da telefonische Auskünfte ohne nähere Kenntnis der Person des Tumorkranken nur sehr allgemein und u.U. nicht situationsgerecht sein könnten.

In anderen Zentren (z.B.Homburg/Saar) wird darauf hingewiesen, daß durch die gute telefonische Beratung in vielen Fällen eine Vorstellung der Patienten in den Kliniken des Zentrums überflüssig wird.

An einigen Orten (z.B. Hannover) hat sich die Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis - gerade auch durch die regelmäßigen onkologischen Fortbildungsveranstaltungen - so gut eingespielt, daß den Hausärzten die Onkologen in den Kliniken überwiegend bekannt sind.

Ein telefonisches Tumorkonsil sollte grundsätzlich in jedem Zentrum angeboten werden. Das Verzeichnis der Telefonnummern und Ansprechpartner ist zwar nicht unbedingt erforderlich, erleichtert es aber möglicherweise den niedergelassenen Ärzten, sich an die primär anonyme Institution Tumorzentrum zu wenden. Sehr wichtig erscheint die Einrichtung eines ständig besetzten Sekretariats, das die Vermittlung von telefonischen Beratungen durchführen kann.

Das telefonische Konsil des Tumorzentrums München trägt durch die Beteiligung zahlreicher Fachonkologen verschiedener Kliniken zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten bei.

In manchen Fällen dürfte allerdings ein Telefonat mit dem Arzt in der primärbehandelnden Klinik der anonymen telefonischen Beratung durch einen Onkologen im Tumorzentrum vorzuziehen sein.

4.7 Onkologische Arbeitskreise/Projektgruppen

Bei der Beschreibung der Nachsorgemodelle wurden verschiedene Organisationsformen dargestellt:

- Regionale onkologische Arbeitskreise niedergelassener Ärzte (z.B. in Nord-Württemberg, Nordrhein-Westfalen).
- Der Onkologische Arbeitskreis Heidelberg, in dem vorwiegend klinisch tätige Ärzte, aber auch Allgemeinmediziner kooperieren.
- Sogenannte Projektgruppen (z.B. im Tumorzentrum München) oder interdisziplinäre Arbeitskreise (Saarländische Krebszentrale - s.S.126), zu denen sich Kollegen aus verschiedenen Kliniken und Instituten des jeweiligen Zentrums zusammengeschlossen haben.
- Der hämatologisch-onkologische Arbeitskreis Hamburg, in dem erfahrene Onkologen aus Schwerpunktpraxen mit niedergelassenen Ärzten kooperieren.
- Die Onkologischen Arbeitskreise Hannover und Göttingen, deren Mitglieder überwiegend auch den jeweiligen Tumorzentren angehören.

Für niedergelassene Ärzte kommt die Mitarbeit in einem onkologischen Arbeitskreis in der Regel nur in Frage, wenn sie eine größere Zahl von Tumorpatienten betreuen und diese Kranken überwiegend gemeinsam mit einer bestimmten Klinik oder Schwerpunktpraxis versorgen, so daß hier regelmäßig Problemfälle besprochen und Erfahrungen ausgetauscht werden können. Die hier gesammelten positiven Erfahrungen legen nahe, in jeder Klinik zusammen mit den betreffenden niedergelassenen Kollegen einen solchen Arbeitskreis aufzubauen.

4.8 Psychosoziale Betreuung

In den Tumorzentren Heidelberg, Hamburg, Köln, Homburg/Saar, Kiel und München bestehen personell unterschiedlich besetzte psychosoziale Betreuungseinrichtungen (s. Tab. S.79).

Eine Besonderheit ist das "Heidelberger Nachsorgemodell", da hier auch Rehabilitationskräfte überregional ausgebildet werden. Durch die Einrichtung eines ambulanten medizinisch-pflegerischen Nachsorgedienstes und durch mobile Nachsorgeschwestern kann die häusliche Betreuung der Tumorkranken wesentlich verbessert und u.U. die Dauer stationärer Klinikaufenthalte herabgesetzt werden.

Nach Auskunft der meisten Tumorzentren stehen keine Mitarbeiter (Psychologen, ärztliche Psychotherapeuten, Sozialarbeiter) zur Verfügung, die sich speziell um die onkologischen Patienten kümmern. In besonderen Fällen können jedoch die - häufig überlasteten - Sozialarbeiter der jeweiligen Klinik eingeschaltet werden.

Die psychosoziale Betreuung gehört grundsätzlich mit zum Aufgabenbereich des primärbehandelnden Klinikarztes und vor allem des Hausarztes, zu dem in vielen Fällen ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht.

4.9 Nachsorgekliniken

Im Gegensatz zu anderen Bundesländern kann in Bayern die stationäre Nachsorge in zwei speziellen Nachsorgekliniken (Oberaudorf und Oberstaufen) durchgeführt werden.

Die ablehnende Einstellung einiger niedergelassener Ärzte und Patienten hat unterschiedliche Gründe. Zu den wichtigsten zählen die Angst der Patienten vor einem Ghetto Krebskranker und der Wunsch, gerade wegen der ungewissen Lebenserwartung bei den Angehörigen zu bleiben. Eine Verallgemeinerung ist mit Sicherheit nicht möglich. Einigen Patienten kann gerade die Gemeinschaft mit ebenso Betroffenen weiterhelfen und es können Kontakte geknüpft werden, die auch nach der Entlassung fortbestehen und u.U. zur gemeinsamen Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe führen.

V. Zusammenfassung

45 niedergelassene Ärzte beurteilten im Rahmen einer postalischen Befragung die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Poliklinik der Universität München bei der Tumornachsorge.

Die Kollegen waren überwiegend Allgemeinmediziner oder Internisten und betreuten in den letzten Jahren, gemeinsam mit der Poliklinik, zwischen 1 bis mehr als 50 Patienten, davon meist 1 - 3 Tumorpatienten. Obwohl die meisten dieser Ärzte zum Zeitpunkt der Umfrage die Nachsorge von insgesamt 5 - 20 Tumorpatienten durchführten und das Examen vor 1970 ablegten, betrieben bisher nur wenige eine onkologische Fortbildung. Allerdings stand der Wunsch nach Praktikerseminaren in der Medizinischen Poliklinik an der Spitze der Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit, so daß in dieser Richtung Überlegungen angestellt werden könnten (z.B. unter Berücksichtigung des niedersächsischen Curriculums).

Die Kritik der befragten Kollegen bezog sich vor allem auf die Kommunikation mit den Ärzten der Poliklinik - fehlende handschriftliche Kurzbriefe oder Arztbriefe, kein telefonischer Kontakt -, also Mängel, die allein mit größerem Engagement für die Tumorpatienten beseitigt werden könnten. Auch sollten die Arztbriefe im Rahmen der gemeinsam durchzuführenden Nachsorge genauere Instruktionen für die praktizierenden Kollegen enthalten. Diese wünschten darüber hinaus Informationen in Lose-Blatt-Form (besonders über Medikamente und Therapieprinzipien), die ihnen am einfachsten durch Auszüge aus den Manualen des Tumorzentrums München verfügbar zu machen wären.

Etliche Kollegen versprechen sich vom Einsatz des Tumornachsorgepasses Verbesserungen, lehnen aber längere Aufenthalte ihrer Patienten in Nachsorgekliniken ab. Bei der Aufklärung von Tumorpatienten durch Ärzte der Medizinischen Poliklinik ist Zurückhaltung geboten und die niedergelassenen Kollegen müssen in Zukunft besser über den Grad der erfolgten Aufklärung informiert werden. Das kann durch Telefonate, aber auch durch ein spezielles - im Saarland erfolgreich verwendetes - Formular geschehen.

20 Tumorpatienten der Medizinischen Poliklinik wurden zu ihrer Betreuung und Nachsorge befragt. Im Vordergrund der Kritik standen zu lange Wartezeiten, die gerade für Patienten in schlechtem

Allgemeinzustand belastend sind und durch - u.U. EDV-gestütztes - Erstellen von Durchlaufplänen reduziert werden könnten. Einige Kranke bemängelten den organisatorisch bedingten häufigen Arztwechsel in der Medizinischen Poliklinik gerade wegen der guten ärztlichen und menschlichen Betreuung, durch die schnell ein Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt aufgebaut wird. Allerdings sollten die Hausärzte nach überwiegendem Urteil weiterhin die Nachsorge organisieren, auch wegen oft weiter Anfahrtswege zur Poliklinik.

Nachsorgekuren wurden aus familiären und psychologischen Gründen (Angst vor einem Ghetto) eher abgelehnt.

Die beschriebenen Nachsorgemodelle der Tumorzentren und Kassenärztlichen Vereinigungen unterscheiden sich durch ihre Zielsetzungen, wobei die Gesichtspunkte Unterstützung der Kassenärzte bei der ambulanten Tumornachsorge und Organisation einer kontrollierten Nachsorge zum Aufbau wissenschaftlich auswertbarer Verlaufsdokumentationen im Vordergrund stehen.

Über die Ausgabe der verschiedenen Nachsorgepässe liegen zwar Zahlen vor, doch muß vorläufig offenbleiben, wie gut sie ihre jeweilige Funktion - von der Befunddokumentation bis zur Terminierung - tatsächlich erfüllen. Der im Tumorzentrum München entwickelte Nachsorgekalender erscheint am geeignetsten, die Zusammenarbeit der Ärzte in Klinik und Praxis zu verbessern.

In Abhängigkeit vom jeweiligen Dokumentationskonzept enthalten die Nachsorgeerhebungsbögen eine unterschiedliche Zahl an Merkmalen. Einige Bögen sind so gestaltet, daß die niedergelassenen Ärzte durch die vorgegebenen Merkmale konkrete Handlungsanweisungen für die Nachsorge erhalten.

Wie die Erfahrungen mehrerer Zentren zeigen, kann die Zusammenarbeit mit den praktizierenden Ärzten durch den gemeinsamen Aufbau einer zentralen Tumorverlaufsdokumentation verbessert werden. Diese dient neben wissenschaftlichen Zwecken direkt der Information behandelnder Ärzte. Zur Dokumentation könnten in der Medizinischen Poliklinik standardisierte Erhebungsformulare mit reduziertem Merkmalssatz eingesetzt werden.

Nach den Erfahrungen mit der EDV-gestützten Nachsorgeüberwachung wurden die Untersuchungen gemeinsam mit den kooperierenden niedergelassenen Ärzten zumeist vollständig und termingerecht durch-

geführt. Wegen des hohen Aufwandes dieser Organisationskonzepte - die überwiegend auch nur für chirurgisch (potentiell kurativ)therapierte Tumorpatienten geeignet sind - lassen sie sich nicht auf größere Ärzte-/Patientenkollektive übertragen.

Für die onkologischen Praktikerseminare bestehen in einigen Zentren bereits speziell geeignete Curricula.

Mit dem Ziel eines aktuellen einheitlichen Informationsangebotes stellten Fachonkologen Fortbildungsschriften zusammen, deren Verbreitungsgebiet vergrößert werden sollte.

In vielen Zentren wird durch die Möglichkeit eines telefonischen Tumorkonsils die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten verbessert. Bei gemeinsamer Betreuung mehrerer Tumorpatienten könnten Problemfälle in einem Arbeitskreis der entsprechenden Ärzte besprochen werden.

Da die psychosoziale Betreuung überwiegend durch Klinik- und Hausärzte erfolgt, sollten diese Kollegen ihr Vorgehen - z.B. auch die Einweisung in eine Nachsorgeklinik - absprechen.

Wertmaßstab für die Tumornachsorge darf nicht nur die Erfüllung eines Nachsorgeplanes sein - zumal hier zum Teil kein gesichertes Wissen besteht -, sondern die Betreuung sollte humanitäre Aspekte berücksichtigen. Ein Schritt in diese Richtung ist der Einsatz ambulant tätiger Onkologieschwestern.

VI. Literaturverzeichnis

- 1 (Anon.) Der Nachsorgepaß. Rheinisches Ärzteblatt 5, S.202-211 (1983)
- 2 Bekanntmachung der Ärztekammer Westfalen-Lippe: Krebsregistergesetz des Landes Nordrhein-Westfalen. Westfälisches Ärzteblatt 5, S.355-356 (1985)
- 3 Bodendorf, F.; Wannenmacher, M.; Arnold, H.: Der Grundstein eines klinischen Informationssystems für Tumorerkrankungen. Ärzteblatt Baden-Württemberg 7, S.278-282 (1983)
- 4 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.): Programmierte Gesamtbetreuung von Tumorpatienten. BMJFG, Bonn-Bad Godesberg (1981)
- 5 Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung des Saarlandes (Hrsg.): Jahresbericht 1984 der Saarländischen Krebszentrale (Tumorzentrum)
- 6 Deutsche Krebshilfe: Das Heidelberger Modell zur psychosozialen Nachbetreuung Krebskranker, S.5. Selbstverlag der Deutschen Krebshilfe e.V., Bonn 1979
- 7 Deutsche Krebshilfe: Jahresbericht 1981. Selbstverlag der Deutschen Krebshilfe e.V., Bonn 1982
- 8 Drings, P.: Neue Entwicklungen und Zukunftsaspekte der Tumorthherapie. Saarländisches Ärzteblatt 10, S.795 (1982)
- 9 Erdmann, H.: Onkologische Schwerpunktpraxis und Nachsorge. In: Ärztliche Pressestelle Niedersachsen (Hrsg.): Tagung der Akademie für Sozialmedizin Hannover e.V. am 19.5.84, Verbesserung der ambulanten Krebsnachsorge unter besonderer Berücksichtigung von Kooperationsmodellen, S.34, Hannover 1984
- 10 Fishedick, O.: Neue Wege der Tumornachsorge in Nordrhein-Westfalen. Westfälisches Ärzteblatt 4, S.255-258 (1983)
- 11 Heilmann, H.-P.: Jahresstatistik 1983 des Onkologischen Schwerpunktes Hamburg. Hamburger Ärzteblatt 5, S.229-230 (1984)
- 12 Hölzel, D.: Nachsorgeunterstützung durch Tumorpässe. Münch. med. Wschr. 123, 44, S.1666-1668 (1981)
- 13 Hölzel, D.; Schubert-Fritschle, G.; Thieme, Ch.: Klinikübergreifende Tumorverlaufsdokumentation. Medizinische Informatik und Statistik, Band 49, Springer-Verlag, Berlin 1984

- 14 Hoffmann, R.; Hornberger, P.; Diehl, V.: Ärzteumfrage zur Versorgung von Krebspatienten. Niedersächsisches Ärzteblatt Nr. 18, S.17-24 (1981)
- 15 Horst, H.-A.; Bäuning, K.; Müller, A.: Die Bedeutung von Nachsorgeregistern für die kooperative Tumorthherapie. Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 7, S.423-428 (1985)
- 16 Junginger, Th. u.a.: Kooperative Nachsorge chirurgischer Tumorpatienten - Ergebnisse der Zusammenarbeit zwischen Klinik und Hausarzt. Unveröffentlichte Mitteilung des Tumorzentrums Köln vom 13. 7. 1982
- 17 Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg: Kooperatives onkologisches Nachsorgemodell. Schriftenreihe der Kassenärztlichen Vereinigung, Band 13, Stuttgart 1982
- 18 Neumann, G.: Krebsnachsorge, Ergebnis einer Umfrage der Ärzteschaft Stuttgart. Ärzteblatt Baden-Württemberg 5, S.275-276 (1980)
- 19 Peimann, C.-J.: Hamburger Ärzteblatt 39, S.293-295 (1985)
- 20 Schmidt, C.G.: Einrichtung von Tumorzentren und Schwerpunktkrankenhäusern. In: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 139 (Die 2. Große Krebskonferenz), S.154-162, Kohlhammer-Verlag (1984)
- 21 Stock, W.: Praxis der Nachsorge beim operierten Krebspatienten. Deutsches Ärzteblatt 7, S.429-436 (1979)
- 22 Tumorzentrum München: Jahresbericht 1982/1983, S.9
- 23 Tumorzentrum München (Hrsg.): Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge - Schriftenreihe des Tumorzentrums München, Mammekarzinome; S.32, 2. Auflage 1985
- 24 Tumorzentrum Ulm: Sachbericht 1984 / Entwicklungskonzept 1985 des Tumorzentrums, S.26-34
- 25 Unger, G. u.a.: Basisdokumentation für Tumorpatienten in Niedersachsen. Niedersächsisches Ärzteblatt 6, S.218-223 (1984)
- 26 Unger, G.: Flächendeckende onkologische Versorgung in Niedersachsen. Niedersächsisches Ärzteblatt 23, S.981-986 (1984)
- 27 Wagner, G.; Wiebelt, H.: Die Basisdokumentation der Tumorzentren. Lebensversicherungsmedizin 34, Nr.8, S.169-174 (1982)
- 28 Werner, B.; Gößler, W.: Zur Versorgung Krebskranker in Hamburg. Hamburger Ärzteblatt 3, S.125-128 (1984)

VII. Anhang

A n h a n g

Gliederung siehe
Inhaltsverzeichnis

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:

Strasse:

Wohnort: _____

Bitte sorgfältig aufbewahren und zu jeder ärztlichen Untersuchung mitbringen.

Den jeweils nächsten Untersuchungstermin finden Sie auf dem Blatt Ihrer letzten Untersuchung rechts unten.

Nehmen Sie bitte alle vorgesehenen Untersuchungstermine wahr, denn nur die lückenlose Erhebung aller Befunde gewährleistet die bestmögliche Überwachung und Nachsorge.

Hinweise für den Arzt

Der vorliegende Paß dient der Nachsorge von Erkrankungen nach Abschluß der Primärbehandlung. Der Nachsorgepaß ist für den Patienten bestimmt. Er erinnert an die jeweiligen Untersuchungstermine. Er soll ferner im Interesse des Patienten die Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte verbessern.

Da grundsätzlich mehrere Ärzte an der Behandlung beteiligt sind, übernimmt in der Regel der behandelnde niedergelassene Arzt im engen Zusammenwirken mit dem Krankenhaus die Koordinierung der Nachsorge.

Alle anderen Ärzte werden gebeten, ihre Untersuchungsergebnisse und Therapie-
vorschläge diesem Arzt mitzutellen.

Bitte vergessen Sie nicht, das jeweils gültige Nachsorgeeschema in die Hefttasche einzulegen und die nicht für Sie selbst bestimmten Durchschläge der Befundberichte weiterzuleiten.

Hinweise für den Patienten

Halten Sie sich bitte genau an die festgelegten Untersuchungs- und Behandlungstermine! Die Nachkontrollen dienen Ihrer Sicherheit! Bitte nehmen Sie die Ihnen verordneten Medikamente genau nach Vorschrift Ihres behandelnden Arztes ein, denn nur so kann eine Dauerbehandlung erfolgreich durchgeführt werden. Bei Veränderung Ihres Befindens suchen Sie bitte sofort Ihren Arzt auf. Bei den jeweiligen Kontrollen sind nicht immer alle angegebenen Untersuchungen erforderlich. Welche Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt werden, legt der Arzt individuell fest.

Bitte achten Sie darauf, daß das Nachsorgeschema in der Hefttasche verteilt.

Mit Ihrer schriftlichen Einwilligung erhält die Kassenärztliche Vereinigung Nord-Württemberg jeweils eine Durchschrift der Befundberichte. Dort ist eine zentrale Dokumentation vorgesehen. Darin soll ein Teil der bei den Nachuntersuchungen erhobenen Befunde zur späteren wissenschaftlichen Auswertung mit dem Ziel einer weiteren Verbesserung der Tumornachsorge gesammelt werden. Die Daten werden ohne Ihren Namen und Vornamen in die Dokumentation aufgenommen und dort zehn Jahre gespeichert.

Stempel des behandelnden Arztes

Total: /

Steppen der Kette

Total: /

Stempel der betreuenden Ärzte

1	2
Tel.:	Tel.:
3	4
Tel.:	Tel.:
5	6
Tel.:	Tel.:
7	8
Tel.:	Tel.:

Bitte Stempelabdruck durchstreichen, wenn Durchschriften der Befundberichte nicht zugesandt werden sollen.

Verlaufs-Übersicht

[illegible]

[illegible]

Stempel und Unterschrift des ausstellenden Arztes	Termin der ersten Nachuntersuchung <table border="1"> <tr> <td>Tag</td> <td>Monat</td> <td>Jahr</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr					
Titel: _____	Erklärung des Patienten Ich habe die Vorgabe einer anonymisierten Dokumentation in der Neuenklinik verstanden und bin einverstanden, zur weiteren Dokumentation beizutragen. Diese Erklärung gilt auch für die nachfolgenden Befundberichte. ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden						
Name: _____	Unterschrift: _____						

Bemerkungen (für Arztamt) Stenodei* und Unterschrift des ausstellenden Arztes	Nächste Nachsorgeterminausübung Tag Mon. Jahr
---	---

Standard-Nachsorgeprogramm

COLON-, RECTUM-, ANUS-CA		Jahr												1. Jahr								2. Jahr								3. Jahr								4. Jahr								5. Jahr							
		Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60																							
Zwischenanamnese:																																																					
Appetit, Aversion, Eßgewohnheiten Darmfunktion: Konsistenz, Farbe, Form, Frequenz, Blut-/Schleim- beimengungen im Stuhl																																																					
Allgemeinbefund, Gewicht insbesondere Palpation des Abdomens rektale Untersuchung bzw. digitale Untersuchung des Stoma																																																					
Labor:																																																					
HSG																																																					
KI Blutbild																																																					
SGPT																																																					
Gamma-GT																																																					
LDH																																																					
alkalische Phosphatase																																																					
CEA																																																					
Stuhl auf Blut																																																					
Sonografie: Leber																																																					
Röntgen: Thorax 2 Ebenen																																																					
Colondoppelkontrast (nur sofern nicht hohe Coloskopie durchgeführt wird)																																																					
Rekto-/Sigmoido-/Coloskopie (Kontrolle der OP-Stelle; je nach OP-Höhe)																																																					

Standard-Nachsorgeprogramm

MORBUS HODGKIN		Jahr												1. Jahr				2. Jahr				3. Jahr				4. Jahr				5. Jahr							
		Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60							
Zwischenanamnese:																																					
Gewicht																																					
Allgemeinbefund																																					
Lymphknotenstatus																																					
Leber- und Milzgröße																																					
Labor:																																					
BSG																																					
Gr Blutbild																																					
Thrombozyten																																					
SGPT																																					
Gamma-GT																																					
LDH																																					
Sonografie: Leber, Milz, paraaortale LK																																					
Röntgen: Thorax 2 Ebenen																																					

NACHSORGE

Name _____

Vorname _____

Geb.-Datum _____

Datum der Nachsorge _____

Wieviele Nachsorge _____

Wichtig:

Füllen Sie den Bogen bei der ersten Nachsorge bitte vollständig aus. Bei jeder folgenden Untersuchung ist es nur erforderlich, bei Änderungen der Befunde die entsprechenden Stellen anzukreuzen. Füllen Sie bitte, wenn Sie einen weiteren Arztbesuch wünschen, die Weiterverweisung mit dem Namen des behandelnden Arztes aus. Geben Sie das neue Einbestelldatum an.

* Tumorklassifikation _____ DSK _____

* Seitigkeit _____

☐ rechts☐ links

* Tumordiagnose _____

ICD-O-DA _____

Anamnese _____

* Befund definitiv ☐ DNH☐ nein* Histologie verändert ☐ ja☐ kein neuer Befund vorliegend

* Allgemeiner Leistungszustand _____

- ☐ normal aktiviert, keine Beeinträchtigung
- ☐ normale Aktivität, nur geringe Beeinträchtigung
- ☐ mäßig eingeschränkte Aktivität, keine Beeinträchtigung
- ☐ schwer eingeschränkte Aktivität, keine Beeinträchtigung
- ☐ absolute Inaktivität, gelegentliche Hilfe erforderlich
- ☐ absolute Inaktivität, ständige Hilfe erforderlich, nicht heilbar
- ☐ physische Hilflosigkeit, Bettlägerigkeit
- ☐ stark verminderte Krankheitsbewusstseinslage
- ☐ Bewusstlosigkeit, Bewusstseinsverlust
- ☐ verstorben

Ernährungszustand ☐ unauffällig☐ adipös

Gewicht _____ (volle) kg

Jetztige Beschwerden (Schmerzen, Husten, Dyspnoe, Hämoptoe, ...)

Art	leicht	mäßig	schwer	seit
1. _____	☐	☐	☐	_____
2. _____	☐	☐	☐	_____
3. _____	☐	☐	☐	_____

Klinische Parameter

Änderung beggl. letzter Nachsorge ☐ nein ☐ jaRekurrenzsorge (Weiserkeit) ☐ ja ☐ rechts ☐ linksHorner Syndrom ☐ ja ☐ rechts ☐ linksObere Einflusstauung ☐ ja ☐ rechts ☐ linksAraden befallene Seite ☐ ja ☐ rechts ☐ linksPlexuspresse befallene Seite ☐ ja ☐ rechts ☐ linksSäuligkeit ☐ ja ☐ rechts ☐ linksLymphnoten vergrößert ☐ ja ☐ rechts ☐ linksIrr-rechts, -links, b-hart ☐ ja ☐ rechts ☐ links(Zutreffendes bitte ankreuzen) ☐ ja ☐ rechts ☐ linksHerzrhythmus ☐ regelmäßig

Frequenz _____ / min

Blutdruck (RR) _____ mm Hg

Auskultation

Vesikuläratmen

feuchte Rg's

Spastik (Gleiten)

Flurareiben

abgeschwächtes AG

sonor

hypersonor

Dämpfung

Thoracotomie

Lokalbefund der operierten Seite

☐ nein ☐ ja☐ unauffällig☐ kleine Narbe☐ Narbenschmerz☐ Narbenschmerz☐ eingeschr. Schultergel.-Beweglichkeit☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ glatt☐ normal☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ regelmäßig

_____ / min

_____ mm Hg

1 2 3 4 5 6

10F 10F 10F 10F 10F 10F

☐ nein ☐ ja☐ regelmäßig

_____ / min

_____ mm Hg

1 2 3 4 5 6

10F 10F 10F 10F 10F 10F

☐ nein ☐ ja☐ regelmäßig

_____ / min

_____ mm Hg

1 2 3 4 5 6

10F 10F 10F 10F 10F 10F

☐ nein ☐ ja☐ regelmäßig

_____ / min

_____ mm Hg

1 2 3 4 5 6

10F 10F 10F 10F 10F 10F

☐ nein ☐ ja☐ regelmäßig

_____ / min

_____ mm Hg

1 2 3 4 5 6

10F 10F 10F 10F 10F 10F

☐ nein ☐ ja☐ regelmäßig

_____ / min

_____ mm Hg

1 2 3 4 5 6

10F 10F 10F 10F 10F 10F

☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja☐ nein ☐ ja

Laborwerte

Labor durchgeführt

☐ nein ☐ ja: ☐ Krb. ☐ Haus-
☐ Rohrbach ☐ Arzt

Blutuntersuchung

Leukozyten ☐ 00 ☐ 1/mm³Thrombozyten ☐ 000 ☐ 1/mm³Hämoglobin ☐ 9/dlHämatokrit ☐ aGGT ☐ U/lGPT ☐ U/lY-GT ☐ U/lAlk. Phosphatase ☐ U/lLDH ☐ U/l

Sonstiges

Tumor-Markern (Übersicht, 2 Ebenen)

Änderung bzgl. letzter Untersuchung

(falls ja:)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

☐ RF ☐ FHF ☐ FUF ☐ LUF ☐ LUF

normale Strahlentransparenz

vermehrte Strahlentransparenz

vermehrte Streifenbildung

homogene Verschattung

Erguß

Schwarte

Infiltrate

Tumorverschattung

Phrenicusparese

Sonstiges (Skelettmetastasen,
Mediastinalverbreiterung,...)

Tumorbehandlung seit letzter Nachuntersuchung (bzw. Erstuntersuchung)

Operation

Strahlentherapie

Chemotherapie

Hormontherapie

Immuntherapie

Sonstige (z.B. psychosoz. Betreuung)

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja

☐ nein ☐ ja
Nachsorgebögen des Kranken-
hauses Rohrbach

Tumordaten

Änderung bzgl. letzter Untersuchung

☐ nein ☐ ja

(falls ja:)

Resttumor

Tumorrezidiv

Lymphknotenmetastasen

Lokalisation

☐ nein ☐ <2cm(k) ☐ >2cm(g) ☐ Verdacht

☐ nein ☐ <2cm(k) ☐ >2cm(g) ☐ Verdacht

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere

☐ nein ☐ eine ☐ mehrere



KRANKENHAUS ROHRBACH

Klinik für

Thoraxerkrankungen

der Landesversicherungsanstalt Baden

Krankenhaus Rohrbach Amalienstraße 5 6800 Heidelberg 1

Herrn

Dr. med. Hans-Joerg Bechtler
Facharzt f. Innere Med.
Heinrich-Heine-Str. 5

6710 Frankenthal

Herrn

Heidelberg, den 14.1.1981
Amalienstr. 5 Hauptingang Schenklystr. 39
6800 Heidelberg 1
Fernruf:
Sammel-Nr. (06221) 396-1 237
Durchwahl (06221) 396-

Krankenhaus Rohrbach Amalienstraße 5 6800 Heidelberg 1



KRANKENHAUS ROHRBACH

Klinik für

Thoraxerkrankungen

der Landesversicherungsanstalt Baden

Heidelberg, den 17.2.1982
Amalienstr. 5 Haupteingang Schenklystr. 39
6800 Heidelberg 1
Fernruf:
Sammel-Nr. (06221) 396-1
Durchwahl (06221) 396- 237

Ärztlicher Direktor
Herr Dr. L. Vogelschlagel

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Abteilungsleiter
Herr Dr. J. Schell

Sehr geehrter Herr Kollege,
Geb. ~~Heidelberg~~, Amalienstr. 5, 6710 Frankenthal

Sehr geehrter Herr Kollege,

in unserem letzten Untersuchungstericht hatten wir Sie auf die nachsichtige fällige Nachsorgeuntersuchung hingewiesen.

Falls Sie diese Untersuchung in unserer Klinik wünschen, haben wir Ihnen für den 29.1.1982 vorgesehen und bitten Sie um Überweisung.

Sollten Sie die Nachsorge selbst vornehmen, bitten wir um Benachrichtigung, damit wir Ihnen den Nachsorgebogen über unser Tumoregister zuschicken können.

Mit freundlichen Grüessen und bestem Dank im voraus

Prof. Dr. med. P. Drings

PS. Bitte geben Sie dem Patienten Lektoregebnisse und Röntgenaufnahmen bzw. die letzte Röntgenaufnahme mit

Sehr geehrter Herr ~~Kollege~~,

wie bei der letzten Untersuchung am 26.8.1981 vereinbart, sollten Sie sich wieder zur erneuten Untersuchung vorstellen. Als Termin ist der 29.3.1982 vorgesehen.

Bitte setzen Sie sich mit Ihrem Hausarzt bzw. Facharzt in Verbindung, damit er die Untersuchung vornehmen kann. Sollte Ihr Arzt es wünschen, könnten die Nachsorge auch in unserer Ambulanz ab 10.00 Uhr erfolgen.

Mit freundlichen Grüessen

Prof. Dr. med. P. Drings

Dr. med. Hans-Joerg Bechtler
Facharzt f. Innere Med.
Heinrich-Heine-Str. 5
6710 Frankenthal

Krankenhaus Rohrbach
Amalienstraße 5
6800 Heidelberg 1

Krankenhaus Rohrbach
Amalienstraße 5
6800 Heidelberg 1

Krankenhaus Rohrbach
Amalienstraße 5
6800 Heidelberg 1

Krankenhaus Rohrbach
Amalienstraße 5
6800 Heidelberg 1

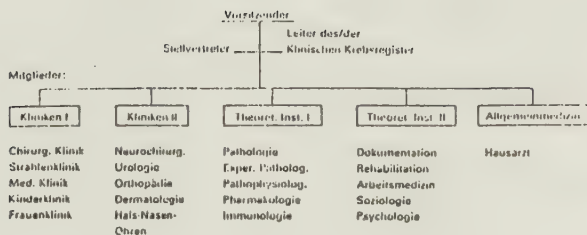
Schriftenreihe des
Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim

Gastrointestinale Tumoren

Empfehlungen für eine
standardisierte Diagnostik,
Therapie und Nachsorge

Im Auftrag des Lenkungsausschusses des Tumorzentrums vom
Onkologischen Arbeitskreis Heidelberg/Mannheim herausgegeben

1. Auflage
Januar 1981



Gliederung des Heidelberger Onkologischen Arbeitskreises nach medi-
zinschen Fachgebieten.

Dieser Paß ist Eigentum von:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Erkranktes Organ: _____

Primärtherapie:

Operation ☐ Chemotherapie ☐
Radiatio ☐ Hormontherapie ☐

Zeitpunkt der
Diagnosestellung: Monat: _____ Jahr: _____

Zu berücksichtigende
Nebenerkrankungen: _____

Nachsorgepaß-Nr. NB 05100 *

Stempel der betreuenden Ärzte/Kliniken:

Primärtherapie
durchgeführt von:

Nachsorgeprogramm
festgelegt von:

behandelnde Ärzte:

Nachsorgemonat:

Untersuchung durchgeführt:
Datum, Stempel

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

nächste Untersuchung
am: _____

Hinweise für den Patienten:

Die klinische Behandlung Ihrer Krankheit ist abgeschlossen. Nun geht es darum, den Erfolg zu sichern.

Zu diesem Zweck wurden Nachsorgerichtlinien entwickelt, in denen der Umfang und die Folge von Kontrolluntersuchungen festgelegt sind. Alle persönlichen Besonderheiten lassen sich nicht voraussehen; obwohl die Richtlinien aufgrund jahrzehntelanger Erfahrungen erarbeitet worden sind, kann der für Ihre Nachsorge verantwortliche Arzt davon abweichen. Ihr behandelnder Arzt wird, wenn die individuellen Umstände Ihrer Erkrankung es erfordern, das Nachsorgeprogramm entsprechend abändern und anpassen.

Der Nachsorgepaß soll Ihnen helfen, die erforderlichen Termine nicht zu versäumen, und soll gleichzeitig dazu dienen, in Ihrem Interesse die Zusammenarbeit der Sie behandelnden Ärzte zu verbessern.

Halten Sie sich bitte genau an die festgelegten Untersuchungstermine, bewahren Sie den Nachsorgepaß sorgfältig auf und bringen Sie ihn zu jeder ärztlichen Untersuchung mit.

Hinweis:

Ihr Arzt wird die Untersuchungsergebnisse in einer rein ärztlichen Datenbank speichern, damit sie laufend verglichen werden können. Die Speicherung erfolgt unter der Nachsorgepaß-Nummer, ist also völlig anonym. Nur Ihr Arzt kennt Ihren Namen.

Rehabilitationshilfen

Über Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erhalten Sie bei Ihrer zuständigen Krankenkasse Auskunft, nicht-krankenversicherte Patienten wenden sich an das Sozialamt, Sozialträger.

Zu den Leistungen der medizinischen Rehabilitation gehören u. a. stationäre Behandlung in Kur- und Spezialeinrichtungen (Kuren).

Zu den Leistungen der beruflichen Rehabilitation gehören u. a. Maßnahmen der Umsetzung am Arbeitsplatz oder der Umschulung. Auskunft: Rentenversicherungsträger, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalt, Arbeitsamt.

Rente

Rente kann nach den gesetzlichen Vorschriften in Frage kommen. Auskunft: Krankenkasse, Rentenversicherung.

Sozialhilfe

Auf Sozialhilfe besteht ein gesetzlicher Anspruch, falls andere Einnahmen nicht in Frage kommen. Auskunft: Krankenkasse, Sozialamt, Arbeitsamt.

Hauspflege

Hauspflege kann vorübergehend und in bestimmten Fällen auf Dauer gewährt werden. Auskunft: Krankenkasse, Sozialamt, caritative Verbände.

Schwerbehinderten-Ausweis

Ein Schwerbehinderten-Ausweis bedeutet Kündigungsschutz, Steuervergünstigungen, mehr Urlaub, Wohngeld, Freifahrtsscheine für öffentliche Verkehrsmittel.

Zuständig ist das Versorgungsamt.

K. V. K. 1/14

Rektum		1. Jahr					2. Jahr					3. Jahr					4. Jahr					5. Jahr					Jahr*)
		2	4	6	8	10	12	15	18	21	24	27	30	33	36	39	42	45	48	51	54	57	60				
Anamnese:	Allg. Leistungszustand	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Gewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Beschwerden	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Appetit	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Klin. Unters.	Darmfunktion	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Lunge	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Lymphknoten (Region)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Narben	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Abdomen (z.B. Leber)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Rektaler Tastbefund bzw. Stoma/Perin.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Labo:	BSG	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	Kl. Blutbild	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	GPT	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	AP	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	YGT	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
	CEA	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Röntgen	Blut im Stuhl																										
	Thorax																										
	Comp.tomogr. d. Becken	x																									
	Colondoppelkontrast																										
Endoskopie:	Coloskopie																										
	Rektosigmoidoskopie																										
Sonographie:	Abdomen																										

erste Untersuchung: am: _____ bei: _____

*) nach dem 5. Jahr jährliche Kontrolluntersuchung
**) 60-72 Monate

Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden Onkologischer Dokumentationsbogen		Nachorgeerhebung	
Krankenklasse: _____	J.Nr. _____	Nachgeburtdatum: _____	_____
Name: _____	Vorname: _____	Geburtsname: _____	_____
Geburtsdatum: _____	Geschlecht: ☐ männl. ☐ weibl.	Nachgeburtsnummer: NB: _____	_____
Anschrift: Straße _____	P.Z. _____	Wohnort _____	_____
Onkologisches Erbe Onkologische Schwerpunktpraxis/Krankenhaus Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____ Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____		Onkologisches Erbe Onkologische Schwerpunktpraxis/Krankenhaus Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____ Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____	
Behandelnder Arzt/Hausarzt: Titel, Name, Vorname _____			
Fachrichtung: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Tel.: _____			
Tumordiagnose(n): ☐ Gesamtbearbeitung (nach Vorliegen aller Ergebnisse) ☐ kein pathologischer Befund ☐ pathologischer Einzelbefund Wenn ja, durch welche Untersuchung bzw. Befunde nachgewiesen: _____ ☐ Radikal/Metastasen, Wenn ja, welche? _____ Bemerkungen: _____			
Fachonkologische Nachsorge erforderlich: ☐ nein ☐ ja Datum: _____ Arzt, Klinik: _____ Mögliche Nachsorge am _____ durch ☐ Klinik ☐ Hausarzt			
Bei Abschluss der Nachsorgeerhebungen: Grund: ☐ verstorben ☐ andersorts in Nachsorge ☐ Klinik ☐ verlegter Nachsorge ☐ aus Nachsorge entlassen ☐ sonstige Angabe Bei Verstorbenen Sterbedatum: _____ Todesursache: _____ Tod beobachtet? ☐ Tumorbefall? ☐ nicht tumorbefallig ☐ nicht entscheidbar D/A Autopsie durchgeführt? ☐ nein ☐ ja ☐ sonstige Angabe			
Mit kollegialen Grüßen _____ (Stempel mit Telefonnummer) _____ (Datum) _____ (Unterschrift) (Bitte auch auf dem Durchschreiben eingetragen) Dieses Original verbleibt beim ausstellenden Arzt _____ = Freiert ☐ einlezen ☐ aufheben ☐ aufheben			

Kassenärztliche Vereinigung Nordbaden Onkologischer Dokumentationsbogen		Ersterhebung	
Krankenklasse: _____	J.Nr. _____	Erhebungdatum: _____	_____
Name: _____	Vorname: _____	Geburtsname: _____	_____
Geburtsdatum: _____	Geschlecht: ☐ männl. ☐ weibl.	Nachgeburtsnummer: NB: _____	_____
Anschrift: Straße _____	P.Z. _____	Wohnort _____	_____
Onkologisches Erbe Onkologische Schwerpunktpraxis/Krankenhaus Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____ Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____		Onkologisches Erbe Onkologische Schwerpunktpraxis/Krankenhaus Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____ Name: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Telefonnummer: _____	
Behandelnder Arzt/Hausarzt: Titel, Name, Vorname _____			
Fachrichtung: _____ Straße: _____ P.Z.: _____ Ort: _____ Tel.: _____			
Tumordiagnose(n): Histologie: _____ Erster Tumor: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht entscheidbar ☐ sonstige Angabe TNM-Klassifikation: _____ Bei Untersuchung: ☐ Untersuchung in spez. Hktem. ☐ chirurg. Explor. Ca = Operation + histolog. Befund ☐ Ca = Autopsie Andere Klassifikation (Name und Stadium): _____ Bemerkungen: _____			
Tumorspezifische Primärbefundung ☐ nein ☐ Operation ☐ Radiotherapie ☐ Chemotherapie ☐ Hormontherapie ☐ Immuntherapie ☐ Sonstige ☐ sonstige Angaben Monat, Jahr _____ Monat, Jahr _____ von _____ bis _____ von _____ bis _____ von _____ bis _____			
Mit kollegialen Grüßen _____ (Stempel mit Telefonnummer) _____ (Datum) _____ (Unterschrift) (Bitte auch auf dem Durchschreiben eingetragen) Dieses Original verbleibt beim ausstellenden Arzt _____ = Freiert ☐ einlezen ☐ aufheben ☐ aufheben			

Folgerhebungsformular des Tumorzentrums Freiburg

Klinik/Abteilung

(Stempel)

Klinik/Abt.-Nr.

Patient

Archiv-Nr.

Nachsorgepaß-Nr.

Name

Geb.name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Überweisender Arzt

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Hausarzt

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

Geschlecht

(m, f, u)

FOLGEERHEBUNG

(Nr.)

Datum der Untersuchung

Tag Monat Jahr

 Lokalisation Primärtumor
(ICD-O)

Körpergewicht (in kg)

Leistungszustand

Neue Diagnose (mkr. Befund)

Diagnose:

- 0 = nein
-
- 1 = histologisch
-
- 2 = zytologisch

Text

 Histologieschlüssel
(ICD-O-DA)

Verlauf

Remissionsgrad

(Gesamtbewertung)

- 1 = komplette Remission
-
- 2 = partielle Remission
-
- 3 = keine Änderung
-
- 4 = Progression
-
- 5 = divergentes Geschehen

 Lokalisation
von Fernmetastasen

- 00 = keine
-
- 01 = Lunge
-
- 02 = Knochen
-
- 03 = Leber
-
- 04 = Peritoneum
-
- 05 = Gehirn
-
- 06 = Lymphknoten
-
- 07 = Haut
-
- 08 = Augen
-
- 09 = Knochenmark
-
- 10 = Pleura
-
- 11 = andere

Tumor

- 0 = nein
-
- 1 = ja

Lymphknoten

- 0 = nein
-
- 1 = ein
-
- 2 = mehrere

Fernmetastasen

- 0 = nein
-
- 1 = ja

Rest Rezidiv

 Verwendeter Code 1 = TNM
 2 = Ann Arbor

 T C N C M C
 rTNM

 Ann Arbor St Ag S H M D a ex
 (s. Rückseite)

- C1 = nur klinische Untersuchung
-
- C2 = Untersuchung mit spez. Hilfsmitteln
-
- C3 = chirurgische Exploration
-
- C4 = Operation und nachfolgende Histologie
-
- C5 = Autopsie

Behandlung

Umfang

- 0 = keine Therapie
-
- 1 = radikal/kurativ
-
- 2 = palliativ
-
- 3 = adjuvant
-
- 4 = Therapie o.ä.A.

Abbruch

- 0 = kein Abbruch
-
- 1 = Abbruch von Patienten
-
- 2 = Abbr. wegen Komplikationen
-
- 3 = Abbr. wegen Nebenwirkungen
-
- 4 = Abbr. wegen Erfolgslosigkeit
-
- 5 = sonstige Gründe

Operation Primärtumor

Operation Lymphknoten

Operation Fernmetastasen

Strahlenth. Primärtumor

Strahlenth. Lymphknoten

Strahlenth. Fernmetastasen

Chemotherapie (Zytostatika)

Hormontherapie

Immuntherapie

sonstige Therapie

Bleibende Folgen

- 00 = keine
-
- 01 = Knochenmarksaplasie
-
- 02 = Zerebrale Schädigung
-
- 03 = Periphere Neuropathie/Paresen
-
- 04 = Querschnittssyndrom
-
- 05 = Hörverlust
-
- 06 = Endokrine Nebenwirkung
-
- 07 = Allergische Reaktion
-
- 08 = Gefäßverschlüsse
-
- 09 = Lymphstauung
-
- 10 = Wundheilungsstörung
-
- 11 = Hautveränderungen
-
- 12 = Lungenfibrose
-
- 13 = Myokardose
-
- 14 = Darmstauung/Malabsorption
-
- 15 = Anus praeter naturalis
-
- 16 = Uraterstenose
-
- 17 = Niereninsuffizienz
-
- 18 = Menopause
-
- 19 = Embryoponie
-
- 20 = Impotenz/Infertilität
-
- 21 = Zweithirlinome
-
- 22 = Organverlust
-
- 23 = sonstige

Nachsorge

Nachsorge

falls anderweitig,

durch

- 0 = keine
-
- 1 = durch Hausarzt
-
- 2 = durch diese Klinik
-
- 3 = anderweitig

Nachsorgetermin

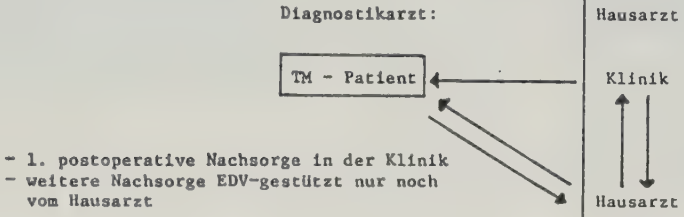
Tag Monat Jahr

Text

Datum, Unterschrift

Nachsorgeerhebungsformular des Tumorzentrums Freiburg																																																																																																			
AOK		LKK		BRK		IKK		VdAK		AEV		Knappschott		UV*		Nachsorgepaß-Nr. ONKOLOGISCHE NACHSORGE Diagnose (Nachsorgeprogramm)																																																																																			
Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten										Vorname		geb. am																																																																																							
Diagnostik/Wohn-/Beruf/Angeh.										Vorname		geb. am																																																																																							
Angehöriger/Chirurgische/Familien/EPH/Finan.																																																																																																			
Wohnung des Patienten																																																																																																			
Geburtsdatum Tag Mon. Jahr Geschlecht ☐ Staatsangehörigkeit ☐ (1=m, 2=f) Schlüssel siehe Rückseite Postleitzahl Hausarzt Facharzt Klinik																																																																																																			
☐ Erst ☐ Rezidiv Diagnose Diagnosetext Histologieschlüssel (ICD-O-DA) Lokalisationsschlüssel (ICD-O) Datum der Diagnose 0 = nein 1 = ja 9 = f. A. Behandlung Operation Strahlenth. Chemoth. Immunth. Hormonth. sonstige Th. Tag Mon. Jahr T C N C M C St Ag S H M D α ex Ann Arbor C1 = nur klinische Untersuchung C2 = Untersuchung mit spez. Hilfsmitteln C3 = chirurgische Exploration C4 = Operation und nachfolgende Histologie C5 = Autopsie																																																																																																			
Abschluss (falls Patient aus Nachsorge ausgeschieden) Grund des Abschlusses 1 = Patient verstorben 2 = Patient nicht auffindbar 3 = Patient aus der Nachsorge entlassen 4 = Patient anderswo in Nachsorge 5 = Patient verweigert Nachsorge 9 = f. A. Falls verstorben: Todesursache 1 = Tod nicht tumorbedingt 2 = Tod tumorbedingt 3 = Tumorausgangig 9 = f. A. Sterbedatum Tag Mon. Jahr																																																																																																			
Nachsorgeuntersuchung Nr. Datum der Untersuchung Tag Mon. Jahr Leistungszustand 1 = keine Beeinträchtigung 2 = geringe Beeinträchtigung 3 = arbeitsunfähig, kann sich selbst versorgen 4 = arbeitsunfähig, zeitl. Hilfe erforderlich 5 = Pflegebedürftig, beständig 6 = stark geschwächt, Krankenhausaufenthalt nötig 7 = aktive Hilfe zur Lebenserhaltung notwendig 9 = verstorben Gewicht (in kg) 1 = fallend 2 = etwa gleich 3 = steigend 9 = f. A. Laborwerte 1 = fallend 2 = etwa gleich 3 = steigend 9 = f. A.																																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Sichere Diagnose</th> <th style="width: 10%;">Recid</th> <th style="width: 10%;">Rezidiv</th> <th style="width: 25%;">Lokalisation von Fernmetastasen</th> <th style="width: 20%;">Verdachtsdiagnose</th> <th style="width: 10%;">Remissionsgrad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tumor</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>00 = keine</td> <td>B = nein 1 = ja 9 = f. A.</td> <td>1 = komplette Remission</td> </tr> <tr> <td>0 = nein</td> <td></td> <td></td> <td>01 = Lunge</td> <td>Verdacht auf</td> <td>2 = partielle Remission</td> </tr> <tr> <td>1 = ja</td> <td></td> <td></td> <td>02 = Knochen</td> <td>Rezidiv</td> <td>3 = keine Änderung</td> </tr> <tr> <td>9 = f. A.</td> <td></td> <td></td> <td>03 = Leber</td> <td>Verdacht auf</td> <td>4 = Progression</td> </tr> <tr> <td>Lymphknoten</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>04 = Peritoneum</td> <td>Metastasen</td> <td>5 = divergentes Geschehen</td> </tr> <tr> <td>0 = kein</td> <td></td> <td></td> <td>05 = Gehirn</td> <td></td> <td>9 = f. A.</td> </tr> <tr> <td>1 = ein</td> <td></td> <td></td> <td>06 = Lymphknoten</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 = mehrere</td> <td></td> <td></td> <td>07 = Haut</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 = f. A.</td> <td></td> <td></td> <td>08 = Augen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fernmetastasen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>09 = Knochenmark</td> <td>Weitere Diagnostik</td> <td>Bleibende Folgen</td> </tr> <tr> <td>0 = nein</td> <td></td> <td></td> <td>10 = Pleura</td> <td>erforderlich</td> <td>Schlüssel: siehe Rückseite</td> </tr> <tr> <td>1 = ja</td> <td></td> <td></td> <td>11 = andere</td> <td></td> <td> </td> </tr> <tr> <td>9 = f. A.</td> <td></td> <td></td> <td>39 = f. A.</td> <td></td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>																Sichere Diagnose	Recid	Rezidiv	Lokalisation von Fernmetastasen	Verdachtsdiagnose	Remissionsgrad	Tumor	☐	☐	00 = keine	B = nein 1 = ja 9 = f. A.	1 = komplette Remission	0 = nein			01 = Lunge	Verdacht auf	2 = partielle Remission	1 = ja			02 = Knochen	Rezidiv	3 = keine Änderung	9 = f. A.			03 = Leber	Verdacht auf	4 = Progression	Lymphknoten	☐	☐	04 = Peritoneum	Metastasen	5 = divergentes Geschehen	0 = kein			05 = Gehirn		9 = f. A.	1 = ein			06 = Lymphknoten			2 = mehrere			07 = Haut			9 = f. A.			08 = Augen			Fernmetastasen	☐	☐	09 = Knochenmark	Weitere Diagnostik	Bleibende Folgen	0 = nein			10 = Pleura	erforderlich	Schlüssel: siehe Rückseite	1 = ja			11 = andere		 	9 = f. A.			39 = f. A.		
Sichere Diagnose	Recid	Rezidiv	Lokalisation von Fernmetastasen	Verdachtsdiagnose	Remissionsgrad																																																																																														
Tumor	☐	☐	00 = keine	B = nein 1 = ja 9 = f. A.	1 = komplette Remission																																																																																														
0 = nein			01 = Lunge	Verdacht auf	2 = partielle Remission																																																																																														
1 = ja			02 = Knochen	Rezidiv	3 = keine Änderung																																																																																														
9 = f. A.			03 = Leber	Verdacht auf	4 = Progression																																																																																														
Lymphknoten	☐	☐	04 = Peritoneum	Metastasen	5 = divergentes Geschehen																																																																																														
0 = kein			05 = Gehirn		9 = f. A.																																																																																														
1 = ein			06 = Lymphknoten																																																																																																
2 = mehrere			07 = Haut																																																																																																
9 = f. A.			08 = Augen																																																																																																
Fernmetastasen	☐	☐	09 = Knochenmark	Weitere Diagnostik	Bleibende Folgen																																																																																														
0 = nein			10 = Pleura	erforderlich	Schlüssel: siehe Rückseite																																																																																														
1 = ja			11 = andere		 																																																																																														
9 = f. A.			39 = f. A.		 																																																																																														
Die Nachsorgeuntersuchung wurde vollständig durchgeführt Tag Mon. Jahr Nächster Nachsorgetermin bei Datum Stempel Unterschrift																																																																																																			

Abteilung für Allgemeinchirurgie der Universität Ulm



* Colon-TM, Mamma, Schilddrüse, Galle-Pankreas, Leber, Magen

[illegible]

Die häusliche Krankenpflege wird unterschieden in Behandlungspflege und Grundpflege.

Behandlungspflege

enthält ausschließlich medizinische Hilfestellungen. Sie umfasst insbesondere Injektionen, Verbandwechsel, Katheterisierung, Einläufe, Spülungen, Einnabungen und Dekubitusvorbeugung.

Grundpflege

enthält vor allem pflegerische Maßnahmen. Hierzu gehören insbesondere Betten und Lagern, Körperpflege, Hilfen im hygienischen Bereich, Körpertemperatur messen, Tag- und Nachwechseln.

Hauswirtschaftliche Arbeiten, die üblicherweise Gegenstand der Haushaltshilfe sind, zählen grundsätzlich nicht zur häuslichen Krankenpflege und sind damit nicht Leistung der Krankenkassen.

Zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den der Hauspflege ausführenden Verbänden der Freien Wohlfahrtsverbände wurde am 22. August 1976 unter Bezugnahme auf die Berlin-Brandenburgische Pflegeversicherungsgesetz vom 1. März 1976 ein Vertrag geschlossen, der die Kosten der Hauspflege für 7 Tage nach der Entlassung ohne Prüfung von den Krankenkassen gezahlt wird.

Es wird erwartet, daß der Patient in dieser Zeit vor Kontakt mit seinem behandelnden Arzt aufgenommen hat, der Notwendigkeit und voraussichtliche Dauer weiterer häuslicher Krankenpflege feststellt. Hierzu wird das Antragsformular 512/1 der Krankenkassen verwendet, das über die Kassenärztliche Vereinigung an die niedergelassenen Ärzte verteilt worden ist.

Wird die Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege während einer ambulanten Behandlung vom Hausarzt festgestellt, wird das Antragsformular 512/1 ebenfalls der Krankenkasse eingereicht. Diese prüfen den Leistungsanspruch und ist bei positiver Entscheidung um Vermittlung einer Pflegekraft bemüht.

2. Befreiung von der Kostenbeteiligung für Arznei-, Verbands- und Heilmittel nach § 192 c Satz 2 RVO

Die Krankenkasse kann auf Antrag (§ 192 c) in besonderen Härtefällen, vor allem, wenn laufend Arznei-, Verbands- und Hilfsmittel benötigt werden, von der Zahlung einer Kostenbeteiligung befreien. Ein Härtefall ist bei Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG immer anzunehmen.

3. Erstattung von Fahrkosten nach § 194 Abs. 1 RVO

Die Krankenkasse erstattet Fahrtkosten zur Erreichung des Behandlungsortes, wenn die Kosten mehr als 3,50 DM betragen und die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird.

4. Zuschüsse zu den Kosten von Kuren nach § 197 Satz 1 und Satz 2 RVO

Die Krankenkassen gewähren Zuschüsse zu den Kosten für Kuren, wenn diese ärztlich erforderlich und auch bei eigener Leistungsfähigkeit notwendig sind. Bei Verschärfung der Gesundheitslage, die in absehbarer Zeit zu einer Krankheitsbesserung führen würde, entgegengesetzten.

5. Übernahme von Kosten für ein Sanatoriumsaufenthalt nach § 194 a RVO

Die Kosten einer Kur in einem Sanatorium zur Besserung des Leidens und zur Sicherung der Behandlungsgenügsamkeit von den Krankenkassen übernommen werden, wenn die Kur für die Besserung der Krankheit im Rahmen der ärztlichen Versorgung notwendig ist. Der Antrag des behandelnden Arztes wird von der Krankenkasse nach voraussetzungsloser Befürwortung an die BIA weitergeleitet, die den Aufenthalt in einem ihrer Sanatorien organisiert und mit der Krankenkasse abrechnet.

Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz

Hilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) werden nachrangig gewährt.

Formen der Sozialhilfe sind gemäß § 6 paragrafische Hilfe, Geld- oder Sachleistungen. Zur persönlichen Hilfe gehört außer der Beratung in Fragen der Sozialhilfe auch die Beratung in sonstigen sozialen Angelegenheiten, Sozialhilfe wird einkommensabhängig gewährt ist:

a) Hilfe zum Lebensunterhalt gemäß § 56 11 bis 14, 15 a, 21 bis 23 sowie der „Verordnung zur Durchführung des § 22 des BSHG (Regelatzverordnung)“.

Sie kann als einmalige oder laufende Hilfe gewährt werden, wobei eigenes Einkommen gemäß § 76 und Verordnung zur Durchführung des § 76 BSHG angerechnet ist.

Merkblatt für Ärzte

Möglichkeiten der Hilfen durch die nachgehende Krankenfürsorge der Gesundheitsämter

Aufgabe der Sozialarbeiter in der nachgehenden Krankenfürsorge der Gesundheitsämter ist die Beratung von Patienten, die wegen bösartiger Geschwülste behandelt worden sind, ihrer Familien und Kontaktpersonen in Fragen der persönlichen und materiellen Hilfe unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht.

Ziel der persönlichen Hilfe ist es unter anderem, den Patienten durch Gespräche zu befähigen

- sich mit der möglichen körperlichen Behinderung abzufinden,
- sich mit der durch die Krankheit bedingten veränderten Lebenssituation auseinanderzusetzen,
- krankmachende Konflikte und Ängste zu bewältigen,
- den Patienten zur Inanspruchnahme von ärztlicher Hilfe und Nachsorge zu motivieren.

Die Beratung über materielle Hilfen bezieht sich auf

- Leistungen der Krankenkassen,
- Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz,
- Möglichkeiten der Rehabilitation,
- Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz,
- Anspächtige und Leistungen nach dem Berliner Blinden- und Hilflosenpflegegeldgesetz,
- die Unterstützung bei der Beschaffung von geeigneten Wohnraum oder die Vermittlung von Wohnungen in Sanatorienwohnheimen.

Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen

1. Häusliche Krankenpflege nach § 185 RVO

Versicherte erhalten in ihrem Haushalt oder ihrer Familie neben der ärztlichen Behandlung häusliche Pflege durch geschulte Pflegekräfte, wenn

- Krankenhauspflge geboten, aber aus wachsenden Gründen nicht ausführbar ist,
- Krankenhauspflge dadurch entbehrlich ist,
- häusliche Krankenpflege zur Sicherung der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und
- Haushaltungsbefähigung die Pflege nicht durchführen können,
- eine geschulte Pflegekraft nicht beschafft werden kann oder Gründe bestehen, davon abzusehen, daß der Versicherte selbst eine Krankenpflegeperson beschaffen, für die die Kosten in angemessener Höhe erstattet werden.

Häusliche Krankenpflege kann nur in Zusammenarbeit mit ambulanter ärztlicher Behandlung und nur zur Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlechterung der Krankheitsbeschwerden erfolgen.

- c) Zusaufschlag von 6 Arbeitst... 1 im Jahr bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) ab 50 Prozent, § 44a SGBVG.
- d) Steuerermäßigung
 - steuerliche Beiträge (Pauschalbetrag) bei der Einkommensteuer und Lohnsteuer, § 33a, Einkommensteuergesetz, § 26 Lohnsteuerrückführungsaufhebungsgesetz.
 - Kraftfahrzeugsteuerermäßigung, je nach Art und Schwere der Behinderung § 3 Kfz-Steuerplatzgesetz, § 10 Kraftfahrzeugsteuergesetz.
 - Beitragsermäßigung bei Kraftfahrzeug-Tatpflanzversicherungen und Kraftfahrzeug-Vollversicherungen
- e) Fahrpreisminderungen oder Freifahrt im Nahverkehr, je nach Grad der MdE und Art der Behinderung, § 11 Bundesfernverkehrs- und Eisenbahn-Gesetz.
- f) Rundfunk- und Fernsehgebühren-Befreiung bzw. Fernsehplatzgebührenermäßigung bei einer MdE ab 80 Prozent und der Unfähigkeit, an öffentlichen Veranstaltungen teilzunehmen.
- g) erhöhte Wohnplatzkosten bei einer MdE ab 50 Prozent.

Ansprüche nach dem Blinden- und Hilflosenpflegegeldgesetz

Berliner Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Zwißlinde und Hilflose in der Fassung vom 25. November 1974).

stiftenpflegegeld erhalten Bürger mit Wohnsitz und ständigem Aufenthalt in Berlin, die keine gleichartigen Ansprüche nach anderen gesetzlichen Vorschriften haben.

Das Pflegegeld wird auf Antrag an Personen gezahlt, die wegen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens – also vor allem Essen und Trinken, An- und Auskleiden, Körperpflege, Verrichten der Nörrde, körperliche Bewegung und geistige Erholung – in erheblichem Umfang dauernd der Wartung und Pflege bedürfen. Voraussetzung ist, daß der bezugnehmende Arzt beim Senator für Arbeit und Soziales, dem der Antrag zur Prüfung vorgelegt werden muß, die dauernde Pflegebedürftigkeit anerkennt.

Das Pflegegeld ist keine Leistung der Sozialhilfe und wird ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt. Je nach Art und Ausmaß der Behinderung oder Hilflosigkeit wird es nach 6 Stufen festgesetzt.

Unterstützung bei der Beschaffung von geeignetem Wohnraum oder Vermittlung von Wohnungen in Senorenwohnhelmen

- a) Beseitigung eines Wohnberechtigungsscheins: Erlangung einer Wohnung in Sozialer Wohnungsbau-
haltung
b) Vermittlung eines Wohnortes: Verleihung eines Wohnortes an einen Wohnungssuchenden, der
nicht selbständig wohnen können.
c) Vermittlung eines Platzes in einem Sanatorium für Patienten, die der Versorgung bedürfen,
d) Unterbringung in einem Krankenhaus für Chronischkranke oder in einem Krankenhaus von Patienten, die
Verlängerung und um zu Hause nicht versorgt werden können.
e) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
f) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
g) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
h) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
i) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
j) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
k) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
l) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
m) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
n) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
o) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
p) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
q) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
r) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
s) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
t) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
u) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
v) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
w) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
x) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
y) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.
z) Unterbringung in einem Krankenhaus für geistig Kranke.

Herausgeber:
Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz, An der Urnie 12-14, 1000 Berlin 30
in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Berlin e. V., Bismarckstraße 17, 1000 Berlin 12
1980

- b) **Hilfe in besonderen Lebenslagen** gemäß § 27.
Hierzu gehören unter anderem
- vorübergehende Gesundheitsilfe gemäß § 36 BSHG,
 - Krankenhilfe gemäß § 37 BSHG
1. Krankentoultage
2. Genesungsverrichtungen für Geschwulstka. Es werden bis zu 5 Kuren innerhalb von 5 Jahren nach Abschluß der Primärbehandlung als Ergänzung zu den Leistungen der Rentenversicherungs-träger, bzw. bei Ablehnung oder fehlendem Anspruch gewährt.
- Eingliederungshilfe für Behinderte gemäß §§ 39 und 40 BSHG
 - Hilfe zur Pflege bzw. Wiederholung des Haushalts, z. B. Vermittlung von Haus- und Hausanpflanzplan-ner, der freien Wohnungszustände, gemäß §§ 38 bis 70 SöHG.

Die Einkommensgrenzen bei der Hilfe in besonderen Lebenslagen errechnen sich gemäß § 72 (allgemeine Einkommensgrenze) bzw. gemäß § 81 (besondere Einkommensgrenze) und der Verordnung zur Durchführung des § 61 BSHG. Soweit vorhanden ist, beträgt das Einkommen des Antragstellers gemäß § 86 und der dazugehörigen Durchführungsverordnung anzurechnende Vermögensgegenstände gemäß § 88 und der dazugehörigen Durchführungsverordnung.

Rehabilitation

- **Kuren**
- Die Rentenversicherungsträger tragen Kosten Geschwulstkranken Nach- oder Festigungskuren gewähren, wenn diese auf Grundlage von Feststellungen vorliegender Nach- oder Festigungskuren notwendig sind. Die Kosten der Kuren (BIA) gewährt § 123b RVO. Nach Feststellung der Notwendigkeit der Kuren durch die BIA-Arztstellen werden die Kuren (§ 123a RVO) im aufeinanderfolgenden Jahren nach der Primärbehandlung Nach- und Festigungskuren im Abstand von 12 Monaten.
- Die Landesversicherungsanstalt (LVA) gewährt gemäß den §§ 123b und 1305 RVO ebenfalls Nach- und Festigungskuren, hat aber besondere Richtlinien dazu nicht erlassen.
- Die von den Krankenkassen gewährten Leistungen und unter „Leistungen der Krankenkassen“ aufgeführt. Sozialarbeit leisten Hilfestellung bei der Klärung der Ansprüche und der Aufnahme und Weiterleitung der Anträge
- 2. Berufliche Wiedererwerbsförderung**
- Sozialarbeitern berätet die Patienten über die Möglichkeiten, als Schwerbehinderte bis 50 Prozent MDE mit Hilfe der Sozialarbeit einen Arbeitsplatz zu finden. Die Sozialarbeitern helfen auch bei der Beantragung von Arbeitsstellen auf der Grundlage der Arbeitsvermittlungsmöglichkeiten. Die Sozialarbeitern helfen auch bei der Beantragung von Arbeitsstellen auf der Grundlage der Arbeitsvermittlungsmöglichkeiten. Die Sozialarbeitern helfen auch bei der Beantragung von Arbeitsstellen auf der Grundlage der Arbeitsvermittlungsmöglichkeiten.
- zu vermeiden.
- 3. Umschulung**
- Sie wird von den Rentenversicherungsträgern gemäß § 1237 a RVO und § 14 a AVG durchgeführt.

Hilfen nach dem Schwerbehindertengesetz

1. Vergünstigungen im Zusammenhang mit dem Schwerbehindertenausweis nach dem Schwerbehindertengesetz vom 20. April 1974 (SchwBG)
 - a) Kündigungsschutz des Arbeitsverhältnisses eines Schwerbehinderten, §§ 12 bis 19 SchwBG,
 - b) Befreiung von Mehrarbeit (Überstunden), § 43 SchwBG.

Merkblatt für Patienten des Tumorzentrums Berlin

Selbsthilfegruppen:

Beratung und Hilfe erhalten Sie auch bei den Interessengemeinschaften und Selbsthilfegruppen. Das sind Vereinigungen von Patienten, die diese Krankheit selbst schon einmal durchgemacht haben und die sich deshalb besonders gut in Ihre Lage versetzen können. Sie erreichen die Selbsthilfegruppen unter folgenden Anschriften:

Deutsche IICO

Ileostomie-Colostomie-Vereinigung e.V.), Landesverband Berlin,
Andreas-Hermes-Siedlung 7, 1000 Berlin 47, Telefon 663 43 20

Landesverband Berlin der Kehlkopfkassen e.V.

Geschäftsstelle: Tübinger Straße 5, 1000 Berlin 31 (Haus der Caritas),
Telefon: 8504 - 288,
Sprechstunden: dienstags und freitags von 10 bis 12 Uhr
Kontaktadresse: Walter Ludwig, Telefon: 403 15 42,
Senftenberger Ring 50 a, 1000 Berlin 26

Interessengemeinschaft brustamputierter Frauen Berlin

Kontaktadresse: B. Burmeister
K. Erdmann 88, 1000 Berlin 19,
Telefon: 302 84 88, nach 18 Uhr

Landesgemeinschaft brustoperierter Frauen e.V.

Kontaktadresse: Gisela Kalisch,
Senftenberger Ring 38 e, 1000 Berlin 26,
Telefon: 415 74 96, nach 14 Uhr

*) Vereinigung der Patienten mit künstlichem Darmausgang

Herausgeber:

Der Senator für Gesundheit und Umweltschutz, An der Urania 12-14, 1000 Berlin 30
in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum Berlin e. V., Bismarckstraße 17, 1000 Berlin 12

Sie haben eine schwere Erkrankung hinter sich und einen Teil der Behandlung vielleicht noch vor sich.

Jetzt kommt es darauf an,

- daß Sie seelisch wieder ins Gleichgewicht kommen,
- daß Sie Hilfen und Erleichterungen erhalten und
- daß Sie sorgfältig ärztlich nachbetreut werden.

Dazu stehen Ihnen Ihr Hausarzt und die auf Ihre Krankheit spezialisierten Ärzte, die Sozialarbeiter der Nachgehenden Krankenfürsorge Ihres Gesundheitsamtes und Selbsthilfegruppen ebenso Betroffener zur Verfügung.

Ihre Ärzte kennen Sie schon.

Die Sozialarbeiter der Nachgehenden Krankenfürsorge und die Mitglieder der Selbsthilfegruppen kennen Sie noch nicht.

Sie finden Anschriften und Telefonnummern in diesem Merkblatt.

Die Sozialarbeiter der Nachgehenden Krankenfürsorge beraten Sie und Ihre Angehörigen bei Fragen und Problemen, die sich aus Ihrer Krankheit ergeben können.

Die Sozialarbeiter helfen Ihnen,

- wenn Sie häusliche Krankenpflege brauchen,
- wenn Sie einen Ausweis für Schwerbehinderte,
- eine Genesungskur oder
- einkommensabhängige wirtschaftliche Hilfen beantragen wollen und
- bei der Wiedereingliederung ins Arbeitsleben.

Die Sozialarbeiter beraten Sie selbstverständlich auch über Ihre Ansprüche auf materielle Hilfen und helfen Ihnen dabei, sie durchzusetzen.

Die Sozialarbeiter haben Zeit für ein Gespräch, auch bei Ihnen zu Hause, wenn Ihnen ein Gesprächspartner fehlt, der Verständnis für Ihre Situation hat, und wenn Sie Sorgen oder Ängste haben, über die Sie mit jemandem reden möchten.

Der Senator für Gesundheit
und Umweltschutz

BERLIN

Nachsorge für Geschwulstkranke

Hier finden Sie die Sozialarbeiter der Nachgehenden Krankenfürsorge:

Bezirk Charlottenburg	Wilmsdorfer Straße 98-99, 1000 Berlin 12 Telefon: 883 60 11, App. 49 und 65
Bezirk Kreuzberg	Urbanstraße 24, 1000 Berlin 61 Telefon: 2588 - 1, App. 2775 und 2776
Bezirk Neukölln	Rudower Straße 77, 1000 Berlin 47 Telefon: 6809 - 1, App. 803
Bezirk Reinickendorf	Brusebergstraße 11, 1000 Berlin 51 Telefon: 4192 - 1, App. 4226
Bezirk Spandau	Beckestraße 7, 1000 Berlin 20 Telefon: 3303 - 1, App. 2558 und 3256
Bezirk Schöneberg	Erfurter Straße 8, 1000 Berlin 62 Telefon: 783 - 1, App. 2331
Bezirk Steglitz	Brahmastraße 33, 1000 Berlin 45 Telefon: 798 - 1, App. 2913 und 2918 und 3404
Bezirk Tempelhof	Rathausstraße 27, 1000 Berlin 42 Telefon: 7022 - 1, App. 335
Bezirk Tiergarten	Turnstraße 22, 1000 Berlin 21 Telefon: 3905 - 1, App. 8260 und 8277
Bezirk Wedding	Föhre Straße 14, 1000 Berlin 65 Telefon: 4505, App. 619 und 620
Bezirk Wilmersdorf	Sigmaringer Straße 1, 1000 Berlin 31 Telefon: 6889 - 1, App. 504
Bezirk Zehlendorf	Potsdamer Straße 8 (Nebeneingang), 1000 Berlin 37 Telefon: 807 - 1, App. 2725 und 2735

An meine/unsere Patienten

Die Speicherung dient ausschließlich Ihrer persönlichen medizinischen Behandlung.

Ort / Datum _____

(Unterschrift des Arztes)

Ich bin einverstanden:

Ort / Datum _____

KA - Stempel

Unterschrift des Patienten)

Teilen Sie bitte anschließend die Adressen aller mitbehandelnden Ärzte mit

Arti
(Name/Adresse)

Art: (Name/Adresse)

ARTI
(Nome/Adresse)

Teilen Sie auch Ärzte mit, die ausdrücklich nicht informiert werden sollen

Artz (Name/Adresse)

ARTI
(Name/Adresse)

Annotation:

Sollten diese Daten auch für wissenschaftliche Zwecke Anwendung finden, so wird dies streng anonym (d. h. ohne Ihren Namen oder Anschrift) in Übereinstimmung mit dem Landes- und dem Bundesdatenschutzgesetz erfolgen.

2436 Einverständniserklärung kann von Ihnen jederzeit widerrufen werden

Darmstädter Nachsorgemodell**
Onkologischer Schwerpunkt
Städtische Kliniken Darmstadt
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Onkologischer Dokumentationsbogen

Untersuchungsdatum:

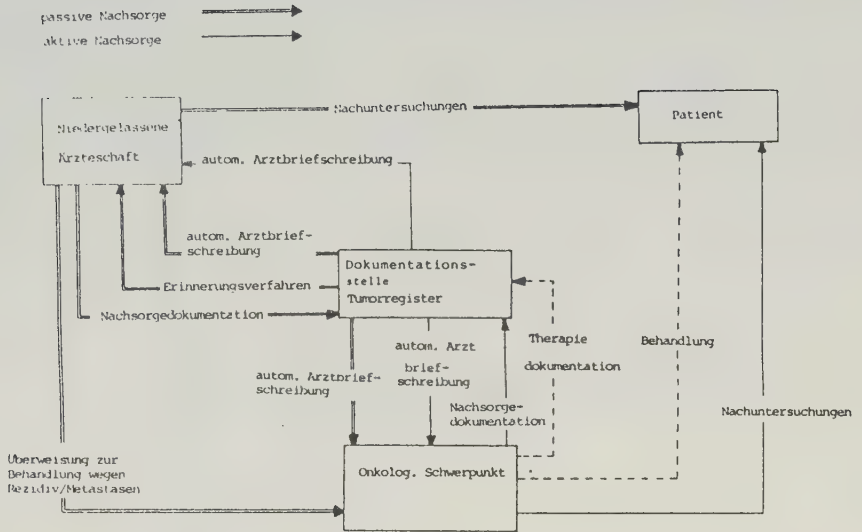
PASSIVE TUMORNACHSORGE LYMPHATISCHES SYSTEM

Anamnese und körperliche Untersuchung																																																																																																																							
Allgemeinzustand																																																																																																																							
keine Beeinträchtigung	☐	Klinikaufenthalt nötig	☐																																																																																																																				
Beeinträchtigung	☐	Therapie lebenswichtig	☐																																																																																																																				
unbeeinträchtigt	☐	notwendig	☐																																																																																																																				
preisgebend, befallig	☐																																																																																																																						
Gewicht	☐																																																																																																																						
Beschwerden	☐																																																																																																																						
Sonstige	☐																																																																																																																						
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Labor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BSG</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Leuko</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Ery</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Hb</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Gamm-GT</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Alk. Phosph.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Elektrophores.</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>LDH</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Kreatinin</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>											keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	Labor										BSG	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Leuko	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Ery	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Hb	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Gamm-GT	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Alk. Phosph.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Elektrophores.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	LDH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Kreatinin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine																																																																																																														
Labor																																																																																																																							
BSG	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Leuko	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Ery	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Hb	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Gamm-GT	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Alk. Phosph.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Elektrophores.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
LDH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Kreatinin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> <th>o.B.</th> <th>keine</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnostik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Röntgen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Sonographie: Abdomen</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Funktor:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Knochenstänze</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Knochenstänze</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Knochenstänze</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>											keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	Diagnostik										Röntgen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Sonographie: Abdomen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Funktor:										Knochenstänze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Knochenstänze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Knochenstänze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																														
	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine	o.B.	keine																																																																																																														
Diagnostik																																																																																																																							
Röntgen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Sonographie: Abdomen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Funktor:																																																																																																																							
Knochenstänze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Knochenstänze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
Knochenstänze	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																																																																																														
<table border="0"> <tbody> <tr> <td>Beurteilung:</td> <td>☐</td> <td>symptomfrei</td> <td>☐</td> <td>pathologisch</td> <td>☐</td> <td>kein</td> <td>☐</td> <td>ja</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>abklärungsbefundig</td> <td>☐</td> <td>abklärungsbefundig</td> <td>☐</td> <td>abklärungsbefundig</td> <td>☐</td> <td>abklärungsbefundig</td> <td>☐</td> <td>abklärungsbefundig</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>abklärung veranlaßt?</td> <td>☐</td> <td>abklärung veranlaßt?</td> <td>☐</td> <td>abklärung veranlaßt?</td> <td>☐</td> <td>abklärung veranlaßt?</td> <td>☐</td> <td>abklärung veranlaßt?</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>										Beurteilung:	☐	symptomfrei	☐	pathologisch	☐	kein	☐	ja	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐																																																																																
Beurteilung:	☐	symptomfrei	☐	pathologisch	☐	kein	☐	ja	☐																																																																																																														
abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐	abklärungsbefundig	☐																																																																																																														
abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐	abklärung veranlaßt?	☐																																																																																																														

Nächster Nachsorgetermin:

University of Illinois and University of Minnesota

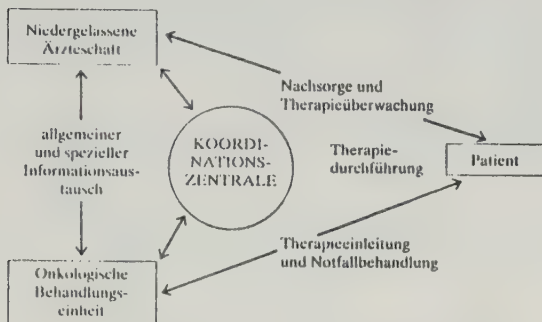
Skizze zum Darmstädter
Modell



nachschreiben (wird) / Anst. / Adressbuch	Patientenkonten (wird) / Geburtsdatum / letzte wach auf das Bundesarchiv
Ad.	nachschreiben
NACHSORGE ALLGEMEINERZUSTAND (Krankheits) ☐ 1. Krankheit (wird) ☐ 2. Verletzung (wird) ☐ 3. Verletzung (wird) ☐ 4. Verletzung (wird) ☐ 5. Verletzung (wird) ☐ 6. Verletzung (wird) ☐ 7. Verletzung (wird) ☐ 8. Verletzung (wird) ☐ 9. Verletzung (wird) ☐ 10. Verletzung (wird) ☐ 11. Verletzung (wird) ☐ 12. Verletzung (wird) ☐ 13. Verletzung (wird) ☐ 14. Verletzung (wird) ☐ 15. Verletzung (wird) ☐ 16. Verletzung (wird) ☐ 17. Verletzung (wird) ☐ 18. Verletzung (wird) ☐ 19. Verletzung (wird) ☐ 20. Verletzung (wird) ☐ 21. Verletzung (wird) ☐ 22. Verletzung (wird) ☐ 23. Verletzung (wird) ☐ 24. Verletzung (wird) Siehe verstarb Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur berichten über Ihren Patient(en), der/da auch am zu einer Nachsorgeuntersuchung vorstelte.	
NACHSORGE ALLGEMEINERZUSTAND (Krankheits) ☐ 1. Krankheit (wird) ☐ 2. Verletzung (wird) ☐ 3. Verletzung (wird) ☐ 4. Verletzung (wird) ☐ 5. Verletzung (wird) ☐ 6. Verletzung (wird) ☐ 7. Verletzung (wird) ☐ 8. Verletzung (wird) ☐ 9. Verletzung (wird) ☐ 10. Verletzung (wird) ☐ 11. Verletzung (wird) ☐ 12. Verletzung (wird) ☐ 13. Verletzung (wird) ☐ 14. Verletzung (wird) ☐ 15. Verletzung (wird) ☐ 16. Verletzung (wird) ☐ 17. Verletzung (wird) ☐ 18. Verletzung (wird) ☐ 19. Verletzung (wird) ☐ 20. Verletzung (wird) ☐ 21. Verletzung (wird) ☐ 22. Verletzung (wird) ☐ 23. Verletzung (wird) ☐ 24. Verletzung (wird)	Siehe verstarb Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur berichten über Ihren Patient(en), der/da auch am zu einer Nachsorgeuntersuchung vorstelte.
NACHSORGE ALLGEMEINERZUSTAND (Krankheits) ☐ 1. Krankheit (wird) ☐ 2. Verletzung (wird) ☐ 3. Verletzung (wird) ☐ 4. Verletzung (wird) ☐ 5. Verletzung (wird) ☐ 6. Verletzung (wird) ☐ 7. Verletzung (wird) ☐ 8. Verletzung (wird) ☐ 9. Verletzung (wird) ☐ 10. Verletzung (wird) ☐ 11. Verletzung (wird) ☐ 12. Verletzung (wird) ☐ 13. Verletzung (wird) ☐ 14. Verletzung (wird) ☐ 15. Verletzung (wird) ☐ 16. Verletzung (wird) ☐ 17. Verletzung (wird) ☐ 18. Verletzung (wird) ☐ 19. Verletzung (wird) ☐ 20. Verletzung (wird) ☐ 21. Verletzung (wird) ☐ 22. Verletzung (wird) ☐ 23. Verletzung (wird) ☐ 24. Verletzung (wird)	Siehe verstarb Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur berichten über Ihren Patient(en), der/da auch am zu einer Nachsorgeuntersuchung vorstelte.
NACHSORGE ALLGEMEINERZUSTAND (Krankheits) ☐ 1. Krankheit (wird) ☐ 2. Verletzung (wird) ☐ 3. Verletzung (wird) ☐ 4. Verletzung (wird) ☐ 5. Verletzung (wird) ☐ 6. Verletzung (wird) ☐ 7. Verletzung (wird) ☐ 8. Verletzung (wird) ☐ 9. Verletzung (wird) ☐ 10. Verletzung (wird) ☐ 11. Verletzung (wird) ☐ 12. Verletzung (wird) ☐ 13. Verletzung (wird) ☐ 14. Verletzung (wird) ☐ 15. Verletzung (wird) ☐ 16. Verletzung (wird) ☐ 17. Verletzung (wird) ☐ 18. Verletzung (wird) ☐ 19. Verletzung (wird) ☐ 20. Verletzung (wird) ☐ 21. Verletzung (wird) ☐ 22. Verletzung (wird) ☐ 23. Verletzung (wird) ☐ 24. Verletzung (wird)	Siehe verstarb Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, zur berichten über Ihren Patient(en), der/da auch am zu einer Nachsorgeuntersuchung vorstelte.

Tumorzentrum Aachen		Stempel - bitte auch auf den Durchschriften																																														
Folgerhebungs- formular des Tumorzentrums Aachen		Name																																														
		Vorname																																														
		Geburtsname																																														
		Geburtsdatum <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		Tag	Monat	Jahr																																										
		Tag	Monat	Jahr																																												
Straße/Hausnummer																																																
PLZ Ort																																																
Einweisender Arzt/Hausarzt		Straße/Hausnummer																																														
Name		PLZ Ort																																														
Straße																																																
PLZ Ort																																																
Datum der Nachuntersuchung bzw. des Beginns der jeweiligen Behandlung <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				Tag	Monat	Jahr																																										
Tag	Monat	Jahr																																														
Lokalisation des Primärtumors (nach Tumor-Lokalisationsschlüssel, 2. Auflage 1979) / Seitenlokalisation (Schlüssel siehe Rückseite) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																
Lokalisation des derzeitigen Tumorgeschehens (Schlüssel siehe Rückseite) / Seitenlokalisation (Schlüssel siehe Rückseite) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																
Lokalisationstyp des derzeitigen Tumorgeschehens (1 = unilokulär, 2 = multilokulär, 3 = Systemerkrankung, 9 = f. A.)																																																
Allgemeiner Leistungszustand (nach Karnofsky) (Schlüssel siehe Rückseite)																																																
Remission (Gesamtbewertung des Tumorgeschehens) (1 = komplette Remission, 2 = partielle Remission, 3 = keine Änderung, 4 = Progression, 5 = divergentes Geschehen, 9 = f. A.)																																																
Primär- bzw. Rezidivbehandlung abgeschlossen? (0 = nein, 1 = ja, 2 = Behandlung abgebrochen, 8 = Behandlungsabschluss ist bereits dokumentiert, 9 = f. A.)																																																
Datum des Abschlusses der jeweiligen Behandlung <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				Tag	Monat	Jahr																																										
Tag	Monat	Jahr																																														
Bleibende Folgen bzw. Folgeerkrankungen (Schlüssel siehe Rückseite) (bis zu 5 Möglichkeiten angebar) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																
Neue mikroskopische Untersuchung (0 = nein, 1 = histologisch, 2 = zytologisch, 9 = f. A.)																																																
Jetzige Tumordiagnose (nach Tumor-Histologie-Schlüssel ICD-O-DA) (Bei Mischtumoren können 2 histologische Tumordiagnosen gleichzeitig angegeben werden) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																
Jetziges histopathologisches Grading (nach TNM-Klassifikation, 3. Auflage 1979) (Wenn erneute mikroskopische Untersuchung, bitte pathologisches Institut (Namen und Ort) angeben!)																																																
Klinikum der RWTH Aachen ☐ anderes: Befund-Nr. <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																
Rest-/Rezidivtumor? (0 = nein, 1 = ja, 8 = entfällt, kein Organismus, 9 = f. A.)																																																
Rest-/Rezidivlymphknoten bzw. erstmaliger Lkn.-Befall? (0 = keine, 1 = ein Lkn, 2 = mehrere Lkn, 8 = entfällt, kein Organismus, 9 = f. A.)																																																
Rest-/Rezidiv- bzw. erstmalige Fernmetastasen? (0 = nein, 1 = ja, 8 = entfällt, kein Organismus, 9 = f. A.)																																																
Befund prätherapeutisch bzw. aktueller Befund (1 = TNM, 2 = Ann Arbor, 3 = andere Klassifikationen, 9 = f. A.) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">S</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">ex</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ly</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mi</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Le</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ma</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Kn</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Lu</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Pl</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ha</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Zn</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">an</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				S	A	ex	Ly	Mi	Le	Ma	Kn	Lu	Pl	Ha	Zn	an																																
S	A	ex	Ly	Mi	Le	Ma	Kn	Lu	Pl	Ha	Zn	an																																				
Ann Arbor (rCS) (Schlüssel siehe Rückseite) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> rTNM <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">T</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">C</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">N</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">C</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">C</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	T	C	N	C	M	C																										
T	C	N	C	M	C																																											
Befund postoperativ (nur bei erneut operierten Patienten) (1 = TNM, 2 = Ann Arbor, 3 = andere Klassifikationen, 8 = nicht betreffend [keine Operation], 9 = f. A.) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">S</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">A</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">ex</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ly</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mi</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Le</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ma</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Kn</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Lu</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Pl</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ha</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Zn</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">an</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				S	A	ex	Ly	Mi	Le	Ma	Kn	Lu	Pl	Ha	Zn	an																																
S	A	ex	Ly	Mi	Le	Ma	Kn	Lu	Pl	Ha	Zn	an																																				
Ann Arbor (rpS) (Schlüssel siehe Rückseite) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> rpTNM <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">T</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">C</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">L</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">V</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">N</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">C</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">M</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">C</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	T	C	L	V	N	C	M	C																								
T	C	L	V	N	C	M	C																																									
Noch Resttumor nach Operation vorhanden? (0 = nein, 1 = ja, 8 = nicht betreffend [keine erneute Operation], 9 = f. A.)																																																
Lokalisation von Fernmetastasen (0 = nein, 1 = ja, 9 = f. A.) (Schlüssel siehe Rückseite) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Lu</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Pl</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Le</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Mi</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ov</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Pa</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ni</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Hu</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ma</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Kn</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ly</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Ha</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Hi</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Au</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">an</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Certainty <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				Lu	Pl	Le	Mi	Ov	Pa	Ni	Hu	Ma	Kn	Ly	Ha	Hi	Au	an																														
Lu	Pl	Le	Mi	Ov	Pa	Ni	Hu	Ma	Kn	Ly	Ha	Hi	Au	an																																		
Tumorbehandlung seit letzter Nachuntersuchung (bzw. Beginn der jeweiligen Behandlung)																																																
in o. a. Abteilung ☐ Wenn Behandlung teilweise oder ganz außerhalb der o. a. Abteilung, bitte Namen u. ggf. Adressen aller an der Behandlung beteiligten Klinikabteilungen angeben! (0 = nein, 1 = ja, 9 = f. A.)																																																
Operative Verfahren ☐																																																
Strahlentherapie ☐																																																
Cytostat. Therapie ☐																																																
Endokrine Therapie ☐																																																
Immuntherapie ☐																																																
sonstige tumorbedingte Therapie ☐																																																
Termin der nächsten Nachuntersuchung in o. a. Abteilung <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				Tag	Monat	Jahr																																										
Tag	Monat	Jahr																																														
Termin der nächsten Nachuntersuchung außerhalb o. a. Abteilung <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">Jahr</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				Tag	Monat	Jahr																																										
Tag	Monat	Jahr																																														
Ort der nächsten Nachuntersuchung außerhalb o. a. Abteilung (1 = bei o. a. einweisendem Arzt, 2 = anderwärts, 9 = f. A.)																																																
bei:																																																
(Institution/Name, Anschrift)																																																
Datum																																																
Unterschrift des Arztes																																																

Kooperatives Nachsorgemodell des onkologischen Arbeitskreises an den Universitätskliniken Bonn



Stellung der Koordinationszentrale bei der Betreuung und Behandlung von Tumorkranken und Darstellung der Kommunikationswege.

Kooperatives Nachsorgemodell des onkologischen Arbeitskreises an den Universitätskliniken Bonn

		Onkologische Behandlungseinheit	Koordinations-Zentrale	Niedergelassene Ärzteschaft	Patient
VORBEREITUNG	1. Schritt: Anmeldung	Anmeldung zur Nachsorge	→	← Anmeldung zur Nachsorge	Anmeldung zur Nachsorge
	2. Schritt: Datenerfassung	→	Erfassung der Basisinformation, Programmierung der Nachsorge	←	
DURCHFÜHRUNG	3. Schritt: Terminierung		Aufforderung zur Untersuchung	→ Terminfestsetzung	→
	4. Schritt: Untersuchung		Checkliste →	Untersuchung entsprechend der von der Koordinationszentrale erstellten Checkliste	
AUSWERTUNG	5. Schritt: Auswertung	↔	Sammeln der Untersuchungsergebnisse, vergleichende Auswertung der Befunde	↔	
	6. Schritt: Prozedere		Abschließende Beurteilung, Festsetzen des Prozedere		

Ablauf und Schwerpunktverlagerung der Tumornachsorge.

Erhebungsbogen zu Therapie-
folgen bei Chemotherapie des
Tumorzentrums Bonn

Onkologischer Arbeitskreis BONN		Pat. Name	
		Vorname	
		Geb. Datum	
(Stempel des HA)		Dat. d. Erhebung	
Therapiefolgen bei Chemotherapie			
Leidet der Patient subjektiv unter Therapiefolgen? Klartext:			
☐ nein		☐ ja	☐ fraglich
Haben Sie den Eindruck, daß objektive Folgeschäden bestehen? Klartext:			
☐ nein		☐ ja	☐ fraglich
Sollten nicht beide Fragen mit „nein“ beantwortet wurden, bitte folgende Fragen beantworten:			
Störungen im Blutsystem: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Anämie ☐ Granulopenie		☐ Thrombopenie	☐ Gerinnungsdefekt
andere Knochenmarkserkrankung			
Klartext:			
Endokrinologische Störungen: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Schilddrüse ☐ Nebenschilddr.		☐ Hypophyse	☐ Nierenrinne
☐ Ovar (z. B. Amenorrhoe)		☐ Funktion der Testes: ☐ gesteuert ☐ reduziert	☐ Azoospermie/Oligospermie
☐ Impotentia generandi		☐ imp. coeundi	☐ Gynkomastie
Klartext:			
Stoffwechselstörungen: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Arteriosclerose ☐ Kohlenhydrat		☐ Lipide	☐ Blutzucker
☐ Eiweiß ☐ Amyloid		☐ Harnsäure (Gicht)	☐ Malabsorption, -digestion
☐ Kachexie ☐ Anorexie		☐ Adipositas	☐ Hämochromatose
Klartext:			
Krankheiten: ☐ des Nervensystems ☐ der Sinnesorgane ☐ und der Psyche:			
☐ nein ☐ ja		☐ fraglich	☐ nicht erforscht
Klartext:			
Herzschäden: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Ekg-Veränderungen		☐ alt	☐ neu
☐ Insuffizienz			☐ Stenocardie
Klartext:			
Erkrankungen des Gefäßsystems: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Hypotonie ☐ Hypertonie		☐ Thrombose/Embolie	☐ Durchblutungsstörung: ☐ zentral ☐ peripher
Klartext:			
Erkrankungen des Respirationstraktes: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Lungenparenchymschaden		☐ -emphysem ☐ -embolie	☐ Asthma
Klartext:			
Erkrankungen des Verdauungstraktes: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Stomatitis, Mucositis		☐ Magen-, Duodenalulcera	☐ chron. Enteritis
☐ funktionelle Darmerkrankung		☐ Pankreatitis: ☐ akut ☐ chronisch	☐ Leberparenchymschaden
Klartext:			
Erkrankungen von Niere u. abl. Harnwegen: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Nierenfunktions Einschränkung		☐ dysurische Beschwerden	☐ Steinkoliken
☐ Hämaturie			☐ Albuminurie
Klartext:			
Hautveränderungen: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Hyperkeratose		☐ persist. Alopecie	☐ chron. Hauterkrankung
Klartext:			
Immundefekt: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ Antikörpermangel		☐ Infektanfälligkeit	☐ Allergie
☐ Erkrankung des rheumatischen Formenkreises			
Klartext:			
Infektionen: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ bakteriell ☐ viral		☐ Mykose	☐ parasitär
☐ chronisch ☐ akut		☐ systemisch	☐ lokalisiert
Klartext:			
Neoplasien: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
☐ solide Malignome		☐ maligne Systemerkrankung	☐ benigne Neoplasien
Klartext:			
Genetische Störungen: ☐ nein ☐ ja ☐ fraglich ☐ nicht erforscht			
Klartext:			

C 034402

Stempel - bitte auch auf den Durchschriften!

Krankenhaus/Klinik

Abteilung

Straße

Ort

Nachsorgebogen
Münster

wenn vorhanden Adrema/Adressette - bitte auch auf den Durchschriften!

- 125 -

Name

Vorname

Geschlecht

Geburtsname

Geburtsdatum

Blutgruppe

Anschrift, Straße

PLZ

Ort

Untersuchungsdatum

An

Krankenblatt-/Identifikal.-Nr.

Einweisender Arzt/Hausarzt

Name

Straße

PLZ

Ort

Mitbehandelnde Ärzte/Krankenhaus

Name

Straße

PLZ

Ort

Name

Straße

PLZ

Ort

NACHSORGE

Klinische Diagnose/Tumorausbreitung

Zusatzdiagnosen (Nebenerkrankungen, Komplikationen)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Text (evtl. Zusatzbogen verwenden)

Untersuchungsdatum:

Allgemeinzustand (bei Abschluß der Behandlung)

1 = keine Beeinträchtigung

2 = geringe Beeinträchtigung

3 = mittelschwere Beeinträchtigung

4 = über 50% behindert

5 = Mangelzustand

6 = schwerer Mangelzustand

7 = mangelhaft

8 = mangelhaft

Befund

1 = keine Symptome

2 = Weiterwachsen/Rezidiv des Primärtumors

3 = zusätzliche Metastasen

4 = unklar, kontrollebedürftig

Vorgehen

1 = weitere Nachsorge: Fortsetzung der bisherigen Therapie

2 = weitere Nachsorge: Intensivierung

3 = weitere Nachsorge: keine Therapie

4 = Entlassung aus der Nachsorge: geheilt

5 = Entlassung aus der Nachsorge: sonstiges
(z.B. stationäre Aufnahme, Umzug)

Wiedereinbestellung/stationäre Aufnahme

1 = Wiedereinbestellung

2 = stationäre Aufnahme

3 = Nachfrage

Datum

Arzt/Krankenhaus

Straße

PLZ

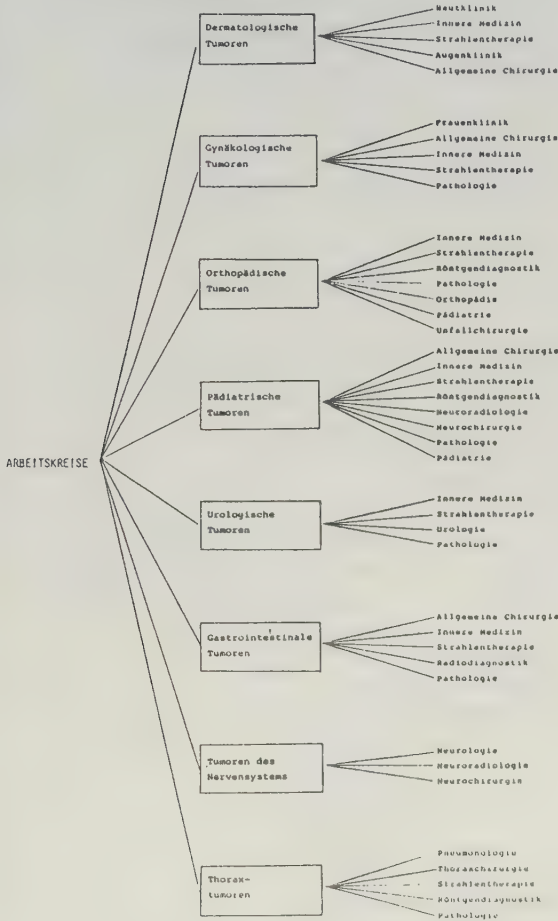
Ort

Mit kollegialen Empfehlungen

reguster für onkologische Nachsorge, Münster

INTERDISZIPLINÄRE ONKOLOGISCHE ARBEITSKREISE 1984

Skizzen zu den
Arbeitskreisen und
zur Programmierten
Tumornachsorge der
Saarländischen
Krebszentrale



	VORBEREITUNG		TERMINIERUNG	DURCHFÜHRUNG		AUSWERTUNG
	Erfassung	Programmierung		Untersuchung	Rückmeldung	
	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Klinik	Erfassung der Basisdokumentation			Untersuchung anhand Checkliste der SKZ		Abschließende Beurteilung, Festsetzen des weiteren Prozedere
Tumordokumentationssystem SKZ	↓	Programmierung der Nachsorge	Aufforderung zur Untersuchung CHECKLISTE		Rückmeldung	
Niedergelassener Arzt			Terminfestsetzung	Untersuchung		
Patient						

Name

Vorname

geb. am

Art der durch den Arzt erfolgten Patientenaufklärung

1. Patient ist nicht über die Malignität seiner Krankheit informiert ☐
2. Dem Patienten wurde gesagt es handele sich um eine
chronische Lungenentzündung ☐
Geschwulst ☐
Lungentumor ☐
3. Patient ist informiert, daß bei seiner Krankheit mit der Möglichkeit einer bösartigen
Entwicklung gerechnet werden muß ☐
4. Patient ist informiert, daß bei ihm eine bösartige Tumorerkrankung vorliegt ☐
5. Patient ist informiert, daß bei ihm
eine Operation möglich ist ☐
eine Operation ein erhöhtes Risiko bedeutet ☐
eine Operation nicht zweckmäßig ist ☐
6. Patient ist über folgende Behandlungsmöglichkeiten informiert
a) Thorakotomie ☐
(Lappenresektion
Pneumonektomie)
b) Bestrahlung ☐
c) zytostatische Therapie ☐
d) symptomatische Therapie einschließlich ☐
allgemeinroborierender Maßnahmen
7. Patient akzeptiert ☐ / akzeptiert nicht ☐ die oben vorgesehene Behandlung
8. Patient lehnt jede weitere Diagnostik ☐ und/oder Therapie ☐ ab.
9. Folgende Angehörige sind über die Art und Prognose der Erkrankung informiert
a) Eltern ☐
b) Ehepartner/Lebensgefährte ☐
c) Kinder ☐
d) Sonstige ☐

Tumorzentrum Kiele e.V.
Ersterhebung für die Nachsorge

Personennummer	Personennummer
Handlung	Handlung
Aufnahmetermin	Aufnahmetermin
Stationsangabe	Stationsangabe
Platz	Platz
Adresse des Hausarztes	Adresse des Hausarztes
Für Patienten des Outrooms der CAU: falls möglich, Gebär-Erhalt verwenden! Derzeitiger Beruf: _____ Am Ärgeren ausgeübter Beruf: _____ (im Sinne von "Englisch") (im Sinne von "Tätigkeit")	
Bei Frauen: Zahl der Lebendgeburten: _____	
☐ Tumorsymptomatik (ohne Patienten zum Arzt) ☐ genetische Früherkennungsmassnahme ☐ Röntgenuntersuchung ☐ Befund bei anderweitiger Untersuchung	
Datum der ersten ärztlichen Diagnosestellung: _____	
Erster Tumor (gibt auch für Systemmetastasen): ☐ nein ☐ ja ☐ nicht entscheidbar	
Lok. Primärtumor ☐ unpaariges Organ ☐ nur rechts Körperhälfte ☐ nur links Körperhälfte ☐ Körpermitte ☐ medioklavikulär-rechts ☐ medioklavikulär-links ☐ medioklavikulär-ventral ☐ nicht zurechenbar (Systemmetastasen)	
Tumordiagnose	
☐ keine ☐ histologisch ☐ zytologisch Lokalisation (bei zu frühen Angaben) ☐ keine Metastasen ☐ Peritoneum ☐ Lunge ☐ Gehirn ☐ Knochen ☐ Lymphknoten ☐ Leber ☐ Haut ☐ andere	
Diagnosebestätigung	
Fernmetastasen	

• **Quem tem?**

Ersterhebung für die Nachzorge

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

T	C	N	C	M	C

Befund
 organspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

T	C	N	C	M	C

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 organspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 organspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 organspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 organspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 organspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 organspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

Befund
 gesamtorganspezifisch

a) Verwendeter Code: ☐ T1M1 ☐ Ann-Abz ☐ sonst
 b) Befund:

S	A	S	H	M	D	A	M

bei Erweisung	☐ formale Anrede, keine Bezeichnung ☐ formale Anrede, nur persönliche Bezeichnung ☐ informell, kann sich aber selbst versorgen ☐ informell, persönliche Hilfe anbieten ☐ informell, Unterstützung anbieten, nicht beteiligen ☐ persönlich, beteiligen ☐ sehr gleichmäßig Kontaktaufnahme notwendig ☐ aktive Behandlung nötig, um das Leben zu erhalten ☐ moribund
vorbehandlung	Tumorauffall vorhanden: ☐ nein ☐ ja Tumorauffall vorhanden: ☐ nein ☐ ja
Umbestimmung	Beginn der tumorärztlichen Behandlung: Art der durchgeführten/laufenden Behandlung Operation: ☐ nein ☐ ja Strahlentherapie: ☐ nein ☐ ja Chemotherapie: ☐ nein ☐ ja
Neurologie	Beginn der ersten Nachuntersuchung: Auslösung durch: Name und Anamnese: Hormontherapie: ☐ nein ☐ ja Immuntherapie: ☐ nein ☐ ja Sonstige: ☐ nein ☐ ja (z. B. psychosomatische Behandlung)

Tumorzentrum Kiele.V.

Nachuntersuchung

Nachuntersuchungsbogen
des Tumorzentrums und
Terminliste des
Tumorregisters Kiel

Patienten-Nachricht		Patienten-Nachricht	
(Name, Vorname)	(Geb.-Datum)	(Aufnahme-Nummer)	
(Geb.-Name)	(Geb.-Ort)	(Geburtsjahr)	
(Plz., Ort)	(Geburtsort)	(Geburtszeit)	
(Strasse)	(Geburtsort)	(Geburtszeit)	
in Nachuntersuchung am		durch	
Tumor			
Lokalisation:			
Diagnose:			
Neurol. mikroskopischer Befund			
☐ neu ☐ histologisch, unverändert ☐ histologisch, verändert ☐ zytologisch, unverändert ☐ zytologisch, verändert			
Allg. Leistungszustand (nach Karnofsky)			
☐ normale Aktivität, keine Beeinträchtigung ☐ pflegebedürftig, bettlägerig ☐ normale Aktivität, nur geringfügige Beeinträchtigung ☐ stark geschwächt, Krankenhausteilnahme erforderlich ☐ erhebliche, aber noch selbst verkraftbare ☐ selbstige Behandlung nötig, um das Leben zu erhalten ☐ erhebliche, aber noch selbst verkraftbare ☐ selbstige Behandlung erforderlich, sonst bedrohlich ☐ moribund			
Remission			
☐ komplette Remission ☐ partielle Remission ☐ keine Änderung ☐ Progression ☐ divergentes Geschehen			
Rezidiv: ☐ kein R.T. ☐ R.T. < 3 cm ☐ R.T. ≥ 3 cm ☐ R.T. fraglich ☐ entsteht Rezidiv-Lymphknoten: ☐ keine R.L. ☐ ein R.L. ☐ mehrere R.L. ☐ R.L. fraglich Rezidiv-Lymphknoten: ☐ keine R.L. ☐ ein R.L. ☐ mehrere R.L. ☐ R.L. fraglich Rezidiv-Fernmetastasen: ☐ keine R.F. ☐ R.F. in einem Organ ☐ R.F. in mehreren Organen ☐ R.F. fraglich Rezidiv-Fernmetastasen: ☐ keine R.F. ☐ R.F. in einem Organ ☐ R.F. in mehreren Organen ☐ R.F. fraglich Rezidiv-Thrombozytose			
Fernmetastasen			
Lokalisation (bei 3 oder 4 Angaben)			
☐ keine Metastasen ☐ Peritoneum ☐ Augen ☐ Lunge ☐ Gehirn ☐ Knochenmark ☐ Knochen ☐ Lymphknoten ☐ Pleura ☐ Leber ☐ Haut ☐ andere			
Bleibende Folgen bzw. Folgeschäden			
(bei 3 oder 4 Angaben) ☐ keine ☐ Oculäre Verschärfung ☐ Untersterose ☐ Knochenschmerzen ☐ Lymphknoten ☐ Hirnmetastasen ☐ Zentrale Schädigung ☐ Hirnmetastasen ☐ Meningeale ☐ Periphere Neuropathie/Paresen ☐ Hautveränderungen ☐ Embryonale ☐ Querschnittssyndrom ☐ Lungenfibrose ☐ Impakt/Antriebsstörung ☐ Hörverlust ☐ Myokardiose ☐ Zwerchfellhernie ☐ Endokrine Nebenwirkung ☐ Darmmetastasen/Metastasen ☐ Organverlust (auch teilweise) ☐ Abstoßungsreaktion ☐ Anus praeter naturae ☐ Sepsis			
Tumorbehandlung			
seit letzter Nachuntersuchung (bzw. Erstuntersuchung):			
Operation: ☐ nein ☐ ja Hormontherapie: ☐ nein ☐ ja Strahlentherapie: ☐ nein ☐ ja Immuntherapie: ☐ nein ☐ ja Chemotherapie: ☐ nein ☐ ja Sonstige: ☐ nein ☐ ja (z.B. psychosoziale Betreuung)			
Nachsorge			
Termin der nächsten Nachuntersuchung			
Ausführung durch:			
Name und Anschrift:			
Datum Unterschrift			

Tumorzentrum Kiel e.V. · Arnold Heller-Str. 8 · 2300 Kiel · Telefon 0431/6973645

NACHSORGEREGISTER DES TUMORZENTRUMS KIEL						05/02/00	PAGE 1
LISTE DER FÄLLE MIT EINER NACHSORGEUNTERSUCHUNG IM ZEITRAUM VOM 04.02.00 BIS 24.02.00							
LNR	AUFNAHME	PK	STAT	PAT.NAME	NSU-DATUM	ARZT/KLINIK	
1	02194226	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	06.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
2	02194227	0000000000	05	ARNOLD, HELLE	06.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
3	02194228	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	06.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
4	02194229	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	06.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
5	02194230	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	13.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
6	02194231	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	13.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
7	02194232	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	20.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
8	02194233	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	13.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
9	02194234	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	20.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	
10	02194235	0000000000	04	ARNOLD, HELLE	20.02.00	RADIOLOG. UNIV. KLINIK	

Benachrichtigungsschreiben
der Nachsorgeschwestern des
Tumorzentrums Kiel für nieder-
gelassene Ärzte und Patienten

Tumorzentrum Kiel
(Arbeitsgemeinschaft
Schleswig-Holsteinischer
Kliniken u. niedergelassener Ärzte)
Telefon 0431/597 3845
Arnold-Keller-Straße

2300 Kiel, den

Kiel, den

Sehr geehrte/r Frau/Herr

In Absprache mit Ihrem Hausarzt Dr.
und der Sie zuletzt behandelnden Klinik sind wir im Rahmen
der Nachsorge tätig und bereit, Sie zu einer Rücksprache über
soziale Hilfestellung u. a.

Beitrag:
Besuch Ihrer/s Pat.
Geb.:
Wohnhaft:
zuletzt in Behandlung in:
Vorgesehener Termin:

am

zu Hause aufzusuchen.

Falls Sie mit unserem Besuch einverstanden/nicht einverstanden
sein sollten, bitten wir Sie um eine entsprechende Mitteilung
auf der angehefteten Antwortkarte. U.A.w.g. bis

(Während Ihres stationären Aufenthaltes wenden Sie sich an
die Sozialarbeiter der Univ. Klinik Kiel).

Mit freundlichem Gruß

Sehr geehrte Frau Dr.

sehr geehrter Herr Dr.

seit Juni 1977 besteht auch in Schleswig-Holstein mit dem
Sitz in Kiel, im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher
Tumorzentren (Geschäftsstelle Heidelberg) und in Verbin-
dung mit der Deutschen Krebshilfe e.V., ein Tumorzentrum
in Form einer offenen Arbeitsgemeinschaft von Kliniken und
niedergelassenen Ärzten.

Um zu einer Optimierung der Tumornachsorge beizutragen, sind
dem Tumorzentrum Kiel die beiden unterzeichnenden Kranken-
schwestern angegliedert.

In Zusammenarbeit mit Ihnen ist beabsichtigt, zum o.g. Ter-
min Ihre/n Pat. und u.U. deren Angehörige zu besuchen, um
in eingehendem Gespräch die Möglichkeiten sozialer Hilfe-
stellungen, Kontakte mit Behörden u.a. zu erörtern.

Falls Sie über unsere Tätigkeit noch weitere Auskünfte wün-
schen, möchten wir Sie bitten, sich mit Ihren Kollegen Dr.
Grötsch, niedergelassener Internist, Kiel, Tel.: 0431/92725,
in Verbindung zu setzen. Er ist Leiter der Arbeitsgruppe
Tumornachsorge.

Mit freundlichen Grüßen

Sehr geehrte Schwester

Hiermit bitte ich um einen Hausbesuch zum genannten Termin.

Leider kann ich den von Ihnen gen. Termin nicht wahrnehmen
und bitte Sie daher am zu mir zu kommen.

den

NACHSORGE- KALENDER

Bitte sorgfältig aufbewahren
und zu jeder ärztlichen Untersuchung
mitbringen

Herausgeber:
Bayerische Landesarztekammer und
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Stempel der behandelnden Ärzte und Kliniken:
Telefon-Nummer anrufen, Nebenstelle, KV-Nummer

1. Nachsorgeterminalkalender

ausgestellt

am: _____

von: Siehe Stempel

2.	Tel. _____	3.	Tel. _____
4.	Tel. _____	5.	Tel. _____
6.	Tel. _____	7.	Tel. _____
8.	Tel. _____	9.	Tel. _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Telefon-Nr. _____

Terminkalender Nr. 1034585

Serie B

Wenn ein Ersatzkalender ausgestellt wird, bitte obige
Nummer streichen und dafür die Nummer des 1. Kalenders
deutlich eintragen.

Mit finanzieller Unterstützung des Bayerischen Staatsmini-
steriums für Arbeit und Sozialordnung und technischer Abstim-
mung mit bayerischen Universitätskassen.

Nebenerkrankungen und besondere Einträge:

Diabetes ☐

Hypertonie ☐

Hinweise für den Arzt

Die nachfolgenden Terminfelder dienen vorwiegend der Auf-
zeichnung längerfristiger Untersuchungen. Für die Eintragung
von Kurzuntersuchungen ist das Feld für Besondere Einträge
entsprechend, bei der Terminvergabe oder der Durchführung
von Untersuchungen.

Bitte halten Sie die Terminkalender-Nummer in Ihren Unter-
lagen fest und dokumentieren Sie den Verlauf der Nachsorge
auf der zugehörigen Überwachungskarte!

Hinweise für den Patienten

Die klinische Behandlung Ihrer Erkrankung ist abge-
schlossen. Nun geht es darum, den Erfolg zu sichern.
Dazu werden entsprechende ärztliche Nachsorge-
programme entwickelt, die in ihrer zeitlichen Folge
die Zusammenstellung der regelmäßig vorgeschriebenen
ärztlichen Maßnahmen und die erforderlichen Einlagen der be-
sondere speziellen Gegebenheiten Ihrer Erkrankung be-
rücksichtigen.

Die Nachsorge soll bei Ihrem behandelnden Arzt ge-
gebenenfalls in Zusammenarbeit mit weiteren Ärzten
durchgeführt werden.

Obwohl Sie sich der Einhaltung der Termine
erklären, bitten wir Sie, sich von den Kassenärztlichen
zu jeder ärztlichen Untersuchung mit und legen Sie
an Ihrem Arzt für Eintragungen vor.

Bitte nutzen Sie auch den bei jedem Terminfeld
vorgesehenen Raum, um gegebenenfalls in Stichwor-
den, in der eigenen Sprache oder in der Fremdsprache
festzulegen, auf die Sie Ihren Arzt beim nächsten
Termin ansprechen möchten.

Eine weitere Erklärung möchten wir Ihnen noch
geben. Einige Ärzte und Kliniken lagern ihre Ein-
tragskarten in einem zentralen Terminbüro ab und
aus, um den Büroaufwand zu verringern und so noch
zu verbessern. Um das aber zu erreichen, kann Ihr
Arzt Sie um die Einwilligung zur Speicherung Ihrer
Daten gebeten haben. Es ist Ihr Recht, dies abzu-
lehnen. In diesem Fall werden Ihre Daten nicht in der
Arzttschaft bleiben und an keine anderen Stellen
weitergegeben werden. Für dieses Vertrauen danken
wir Ihnen.

1. Therapiemaßnahmen mit Daueranwendung

ausdrücken bei der Ausfüllung des Kalenders

Empfehlung nächster Termin:

am: _____

bei: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Stempel und Unterschrift des Arztes

6

5

4

7

Nachsorgeterminalkalender
Bayern

2. Nachsorgeterminalkalender am: _____
bitte Folgendes beachten:

Empfehlung nächster Termin:

am: _____

bei: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes

Für den Patienten: Fragen, Mitteilungen an den Arzt:

Übersichtskarte zum Nachsorgeterminkalender des Tumorzentrums München

Name des Patienten	Jahr 198__												Jahr 198__												Jahr 198__												Jahr 198__												Vgt. Rückserie
	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Ok	Nov	Dz	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Ok	Nov	Dz	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Ok	Nov	Dz	Jan	Feb	März	Apr	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Ok	Nov	Dz	
Nachfolge-Nachsonnen - nachzeichnen																																																	
1 Klinische Untersuchung																																																	
2 Labor																																																	
3 Okultes Blut																																																	
4 Ro Thorax																																																	
5 Lebersonogramm																																																	
6 CT																																																	
7 KE*)																																																	
8 Koloskopie*)																																																	
9 Rektoskopie*)																																																	
10 Stomakontrolle*)																																																	
11.																																																	
12																																																	
13																																																	
14.																																																	
15.																																																	

Übersichtskarte zum Nachsorgeterminkalender als Beilage zum Nachsorgeterminkalender

Übersichtskarte als Beilage zum Nachsorgeterminkalender

- Funktion**
- schnelle Übersicht über durchgeführte Nachsorgetermine (Symbol V)
 - Kennzeichnung des nächsten Nachsorgetermins

- Anleitung**
- Bitte notwendige Nachsorgetermine eintragen, z.B. Kieres Labor (gegebenfalls mit Bemerkungen)
 - Durchführung V Wiedernote Durchführung
 - bitte nutzen Sie die Möglichkeit, für sich und Ihre Kollegen die Durchführungs- in dem zugeordneten Terminfeld des Nachsorgeterminkalenders zu dokumentieren

- Empfehlung**
- durchgeführte Dauertherapie als Nachsorgetermin eintragen
 - bei einer Änderung der Untersuchungstermine im zugehörigen Terminfeld des Nachsorgeterminkalenders

z.B. 7 8 9 10 11 12 13 14 15

Kulturzentrum München, Maxstraße 11, 8000 München 3, Telefon 81 60 22 34

L e b e n s l a u f

Name: Thomas Weber

Geburtsdatum: 9. Mai 1957

Geburtsort: Hellersen / Krs. Altena (Westfalen)

Eltern: Heinz Weber
Elfriede Weber, geb. Gneuß

Abitur: 1976 am Thomas-Mann-Gymnasium in München

Medizinstudium: Studienbeginn an der
Ludwig-Maximilians-Universität München
im Wintersemester 1976

Famulaturen und 3. Tertial des
Praktischen Jahres an den
Universitäten Calgary, Toronto
und Ottawa / Kanada

Studienabschluß an der
Ludwig-Maximilians-Universität München
im Dezember 1983

Ärztliche Tätigkeit: Evangelisches Krankenhaus Oberhausen
Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe
Assistenzarzt
von Februar 1984 - Januar 1985

St. Josefs-Hospital Dortmund
Fachgebiet Chirurgie
Assistenzarzt
von Oktober 1985 - Oktober 1986

